



Kartläggning av hur personalen på akutmottagningen utreder och dokumenterar den geriatriska patientens fysiska, psykiska och sociala tillstånd

Annette Backman

Daniela Blom

Examensarbete

Akutvård

2013

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Akutvård
Identifikationsnummer:	9192 & 11584
Författare:	Annette Backman & Daniela Blom
Arbetets namn:	Kartläggning av hur personalen på akutmottagningen utreder och dokumenterar den geriatriska patientens fysiska, psykiska och sociala tillstånd.
Handledare (Arcada):	Christel Roberts
Uppdragsgivare:	Vasa Centralsjukhus, akutmottagningen
<p>Sammandrag:</p> <p>En stor del av patienterna på akutmottagningarna i Finland är äldre och i takt med att befolkningen ökar så kommer denna patientgrupp att öka på akutmottagningarna. Detta kommer att kräva mera kunskaper om den geriatriska patientens behov för att kunna ge optimal vård. Denna studie är ett beställningsarbete från akutmottagningen vid Vasa centralsjukhus. Målet med studien är att kartlägga hur personalen på akutmottagningen utreder och dokumenterar den geriatriska patientens fysiska, psykiska och sociala tillstånd.</p> <p>Forskningsfrågorna för arbetet är följande:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hurudan är utredningen och dokumenteringen av den geriatriska patientens tillstånd i nuläget? 2. Vilka faktorer på akuten påverkar utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patientens tillstånd? 3. Vilka faktorer hos personalen påverkar utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patientens tillstånd? 4. Vilka områden i den geriatriska patientens livssituation beaktas mera respektive mindre gällande utredningen och dokumenteringen? <p>Datainsamlingen har skett genom enkätundersökning samt parintervjuer med personalen på akutmottagningen. Resultatet visar att hälften av personalen anser att utredningen och dokumenteringen fungerar bra, medan andra hälften upplever den som bristfällig. Tidsbrist upplevs vara den främsta orsaken till att både utredningen och dokumenteringen blir bristfälligt gjord, även för lite personal och för många patienter påverkar negativt. Samarbetsvillig patient, lugn omgivning och klara direktiv anses bidra till en välgjord utredning och dokumentering. Den geriatriska patientens fysiska tillstånd beaktas mest vid utredningen och dokumenteringen, medan de psykiska och sociala beaktas mindre.</p>	
Nyckelord:	Geriatrisk patient, akutmottagning, Vasa centralsjukhus, utredning, dokumentering.
Sidantal:	112
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	5.2.2013

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Emergency care
Identification number:	9192 & 11584
Author:	Annette Backman & Daniela Blom
Title:	Mapping how the personnel in the emergency department assess and document about the physical, mental and social condition of the geriatric patient
Supervisor (Arcada):	Christel Roberts
Commissioned by:	Vaasa Central Hospital, emergency department
<p>Abstract:</p> <p>A large group of patients in emergency departments in Finland are older and with the increasing age of the population, this group will increase in emergency departments. This will require more knowledge in the needs of the geriatric patient in order to provide optimal care. This thesis is a commissioned work from the emergency department at Vaasa Central Hospital. The aim of the study is to identify how the personnel of emergency department assess and document the physical, mental and social condition of the geriatric patient.</p> <p>The research questions for the work are as follow:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. What is the assessment and documentation of the geriatric patient's condition like at the moment? 2. What factors in the emergency department affect the assessment and documentation of the geriatric patient's condition? 3. What factors in the personnel's work affect the assessment and documentation of the geriatric patient's condition? 4. What areas in the geriatric patient's circumstances of life, is taken more or less into consideration at the assessment and documentation? <p>Data collection was done through questionnaires and interviews with the staff in the emergency department. The results show that about half of the personnel considered that the assessment and documentation works well, while the other half think it as inadequate. Lack of time is perceived to be the main reason that both the assessment and the documentation is poorly made although too few personnel and too many patients affects negatively. What contributes to a well-done assessment and documentation is cooperative patient, calm surroundings and clear directives. The patient's physical condition is taken into account the most in the assessment and documentation, while the psychological and social conditions are considered minor.</p>	
Keywords:	Geriatric patient, emergency department, Vaasa central hospital, assessment, documentation.
Number of pages:	112
Language:	Swedish
Date of acceptance:	5.2.2013

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Ensihoito
Tunnistenumero:	9192 & 11584
Tekijä:	Annette Backman & Daniela Blom
Työn nimi:	Kartoittaminen miten henkilöstö päivystyspoliklinikalla selvittää ja dokumentoi geriatrinen potilaiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilan
Työn ohjaaja (Arcada):	Christel Roberts
Toimeksiantaja:	Vaasan keskussairaala, päivystyspoliklinikka
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Päivystyspoliklinikoilla Suomessa suuri osa potilaista on vanhoja ihmisiä ja väestön ikääntyessä kyseessä oleva ikäryhmä tulee kasvamaan. Ikäryhmän kasvun johdosta geriatrisen potilaan hoitotyön laadun optimointi tulee vaatimaan lisää osaamista hoitohenkilökunnalta. Tämän Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikalle tehdyn opinnäytetyötutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten geriatrisen potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen selvittäminen ja dokumentointi toimivat hoitohenkilökunnan suorittamana.</p> <p>Opinnäytetyö tutkimuskysymykset ovat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miten geriatrisen potilaan tilan selvittäminen ja dokumentointi toimii tällä hetkellä? 2. Mitkä tekijät päivystyspoliklinikalla vaikuttavat geriatrisen potilaan tilan selvittämiseen ja dokumentointiin? 3. Mitkä tekijät hoitohenkilökunnalla vaikuttavat geriatrisen potilaan tilan selvittämiseen ja dokumentointiin? 4. Mitkä asiat hoitohenkilökunnan on tärkeää ottaa huomioon selvitettäessä potilaan elämäntilannetta? <p>Materiaali tutkimukseen on kerätty päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalta kyselylomakkeella ja parihaastatteluilla. Tuloksista selviää, että noin puolet hoitajista koki geriatrisen potilaan tilan selvittämisen ja dokumentoinnin toimivaksi, kun taas loput kokivat tämän puutteelliseksi. Suurin syy selvittämisen ja dokumentoinnin puutteellisuuteen oli ajanpuute. Muita puutteellisuuden aiheuttavia tekijöitä olivat henkilökunnan puute, sekä liian suuri potilasmäärä. Selvittämiseen ja dokumentointiin vaikuttavina, positiivisina, tekijöinä koettiin ko. operoiva potilas, rauhallinen ympäristö, sekä selkeät ohjeet. Geriatrisen potilaan tilan selvittämisessä ja dokumentoinnissa keskityttiin eniten fyysisen tilan tutkimiseen, kun taas sosiaaliseen ja psyykkiseen tilaan kiinnitettiin vähiten huomiota.</p>	
Avainsanat:	Geriatrinen potilas, päivystyspoliklinikka, Vaasan keskussairaala, selvittäminen, dokumentointi.
Sivumäärä:	112
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	5.2.2013

INNEHÅLL

1	Inledning.....	8
2	Syfte och frågeställning	10
2.1	Avsikt och syfte.....	10
2.2	Frågeställning och problemprecisering.....	11
3	Vasa centralsjukhus	13
3.1	Akutmottagningen.....	13
3.1.1	<i>Dokumenteringen på akutmottagningen.....</i>	<i>14</i>
3.1.2	<i>Akutmottagningens checklista.....</i>	<i>15</i>
4	Bakgrund.....	17
4.1	Definition av den äldre människan och åldrandet	17
4.2	Den geriatriska patienten.....	17
4.3	Utredning av den geriatriska patienten	18
4.3.1	<i>Psykiska-, fysiska- och sociala aspekter.....</i>	<i>19</i>
4.4	Kommunikation med äldre	20
4.4.1	<i>Förbättring av kommunikation med äldre.....</i>	<i>22</i>
5	Design.....	24
6	Litteratursökning.....	26
7	Tidigare forskningar	28
8	Teoretisk referensram	33
8.1	Vårdprocessmodellen enligt Katie Eriksson.....	33
8.1.1	<i>Datainsamlingen.....</i>	<i>36</i>
8.2	RAI- Resident Assessment Instrument	39
8.2.1	<i>RAI AC- Acute Care.....</i>	<i>41</i>
8.3	ADL- Activities of daily living	41
8.3.1	<i>ADL-förmåga.....</i>	<i>42</i>
8.3.2	<i>ADL-trappan.....</i>	<i>43</i>
9	Metod	45
9.1	Enkät	45
9.2	Gruppintervju	47
9.2.1	<i>Informanter.....</i>	<i>48</i>
9.2.2	<i>Genomförande av intervjun.....</i>	<i>49</i>
10	Resultat.....	51

10.1	Resultat av enkäter.....	51
10.2	Resultat av intervjuer.....	62
10.3	Jämförelse och tolkning av resultaten.....	68
11	Etiska reflektioner	72
12	Kritisk granskning	74
13	Diskussion.....	79
14	Avslutning	83
	Källor.....	85
	Bilagor.....	88
	Bilaga 1. Följebrev (svenska).....	88
	Bilaga 2. Följebrev (finska).....	89
	Bilaga 3. Enkät (svenska)	90
	Bilaga 4. Enkät (finska)	96
	Bilaga 5. Intervjuguide	102
	Bilaga 6. Följebrev till intervju(svenska)	103
	Bilaga 7. Följebrev till intervjun (finska).....	104
	Bilaga 8. MDS – Minimum Data Setting	105
	Bilaga 9. Geriatriska checklistan	108
	Bilaga 10. Forskningstillstånd från VCS	109
	Bilaga 11. Arbetsfördelning av arbetet	112

Figurer

Figur 1. Bilden visar på samspelet mellan kroppsliga, sociala och mentala faktorer vid bedömning av den äldre patienten (Dahlin&Rundgren 2007 s. 56)	19
Figur 2. Arbetets design.....	25
Figur 3 . Vårdprocessens faser enligt Katie Eriksson (Eriksson, 1992, s 21).	35
Figur 4. RAI- utvärdering och förverkligandet av individuell vård- och serviceplanering. Skribenternas egen tolkning utgående från Noro et al 2005, s 23.	40
Figur 5. De olika stegen i ADL trappan (Hultér Åberg 1990 s. 32)	44
Figur 6. Arbetserfarenhet.....	51
Figur 7. Informanternas uppfattning om utredningen på akutmottagningen	52
Figur 8. Informanternas uppfattning av dokumenteringen på akutmottagningen	53
Figur 9. Rangordning av faktorer	53
Figur 10. Faktorer som påverkar utredningen på akutmottagningen.....	54
Figur 11. Faktorer som bidrar till en bristfällig utredning.....	55
Figur 12. Beaktan av olika faktorer i utredningen.....	57
Figur 13. Användning av den geriatrika checklistan	58
Figur 14. Beaktan av olika faktorer i dokumenteringen.....	59
Figur 15. Metoder för att få fram information.....	60
Figur 16. Vad orsakar att en utförlig dokumentering inte görs	61

Tabeller

Tabell 1. Informanternas svar på faktorer på arbetsplatsen som bidrar till en välgord dokumentering(fråga 7).....	56
--	----

1 INLEDNING

Arbetet på akutmottagningen är mångsidigt, vårdpersonalen har en omfattande kunskap om olika patientgrupper och sjukdomar. Allt från trafikolycksoffer, hjärtinfarktpatienter, medvetlösa och barnpatienter till äldre patienter med nedsatt allmäntillstånd kan ses dagligen på akutmottagningen.

I detta arbete kommer vi att rikta in oss på den geriatriska patienten på akutmottagningen. En geriatrisk patient kan definieras som ”en äldre patient med organsvikt från två eller flera system samtidigt och där det finns behov av ett brett multidimensionellt angreppssätt för att på bästa sätt utreda och behandla patienten” (Dehlin & Rundgren, 2007 s. 55). Den geriatriska patientgruppen utgör en stor del av de patienter som kommer in till akutmottagningen för undersökning och vård. En del av patienterna har nedsatt allmäntillstånd och klarar sig inte hemma medan andra kan vara i behov av mera krävande vård. De faktorer som skiljer den geriatriska patienten från den yngre patienten är många, exempel på dessa är levnadsvanor, grundsjukdomar och medicinering. Det är därför viktigt att göra en noggrann utredning och dokumentering för att kunna ge en effektiv och välplanerad vård till den äldre.

År 2010 var Finlands befolkningsmängd 5 363 352 personer. Av dessa var 423 315 (7,9 %) personer 75 år fyllda och äldre. Enligt framtidsprognoserna kommer år 2040 att finnas 989 106 (16,5 % av totalbefolkningen) personer som är över 75 år (THL 2011). Detta kommer också att medföra att mängden äldre personer som besöker akutmottagningen ökar.

Den stora andelen äldre patienter som man som vårdare möter inom akutvården är något vi har märkt av och förvånats över under praktiker och sommarjobb. Vi har konstaterat att det inte är ovanligt att man under en och samma sommar eller under praktiken vårdar samma geriatriska patient upprepade gånger för samma symtom. Detta har väckt vårt intresse för att lära oss mera om den geriatriska patienten och kontinuerligt upprätthålla kunskaperna, med tanke på deras ofta mångproblematiska tillstånd.

Vi fick i januari 2012 förslag från akutmottagningen på Vasa centralsjukhus att kartlägga hur utredningen och dokumenteringen av den geriatriska patientens tillstånd fungerar på akutmottagningen. Eftersom vi anser att ämnet är viktigt och intressant antog vi oss möjligheten att göra examensarbetet utgående från detta tema. Akutmottagningen på Vasa centralsjukhus besöks årligen av ca 26 000 patienter, varav en tredjedel utgörs av personer som är 75 år fyllda eller äldre (VCS statistik). Med tanke på denna stora andel äldre patienter på akutmottagningen blir utredningen och dokumenteringen av patientens tillstånd en viktig del i arbetet.

2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

I följande kapitel kommer avsikten, syftet samt forskningsfrågorna och problempreciseringen för arbetet att presenteras.

2.1 Avsikt och syfte

Avsikten med detta arbete är att ta reda på hur personalen på akutmottagningen vid Vasa centralsjukhus utreder och dokumenterar den geriatriska patientens fysiska, psykiska och sociala tillstånd när han eller hon kommer till akutmottagningen. Skribenterna skall skapa sig en översikt över hur mycket eller litet personalen utreder patientens situation även utanför sjukhuset.

Syftet är att akutmottagningen skall använda sig av vårt resultat för att kunna utvärdera sin egen verksamhet inom området. Det övergripande syftet är att akutmottagningen skall utveckla sina rutiner kring utredningen och dokumenteringen då en geriatrisk patient blir inskriven.

Akutmottagningen har tidigare gjort ett försök att ta i bruk en så kallad checklista (se bilaga 9) som skulle användas som hjälpmedel vid intervjun och utvärderingen av en geriatrisk patient. Denna checklista användes inte i den utsträckning som enheten hade hoppats och efter ett tag slutade personalen att använda sig av den. Senare konstaterades att det finns behov att utveckla rutinerna och direktiven för hur man skall gå till väga när en geriatrisk patient blir inskriven på akutmottagningen. Därför blev det aktuellt att ta reda på hur personalen upplever situationen och grunden för detta examensarbete uppstod. Som tidigare nämnts kommer enheten att använda sig av resultatet för att kunna utvärdera sin verksamhet men också för att kunna bygga upp ett ändamålsenligt utbildningsmaterial så att personalen kan få tydligare direktiv och bestämda rutiner.

2.2 Frågeställning och problemprecisering

Utgående från syfte och avsikten bakom arbetet utarbetade skribenterna fyra forskningsfrågor.

1. Hurudan är utredningen och dokumenteringen av den geriatriska patientens tillstånd i nuläget?
2. Vilka faktorer på akuten påverkar utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patientens tillstånd?
3. Vilka faktorer hos personalen påverkar utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patientens tillstånd?
4. Vilka områden i den geriatriska patientens livssituation beaktas mera respektive mindre gällande utredningen och dokumenteringen?

Inom Vasas sjukvårdsdistrikt finns det ett stort antal äldre människor som bor ensamma och som har väldigt sparsamt med kontakt till vänner och anhöriga. Det kan hända att det är en frivillig ensamhet de valt att leva i, eller så har deras eventuella partner och vänner gått bort och anhöriga finns inte, vilket leder till en ofrivillig ensamhet. Oavsett orsak så klarar dessa människor av vardagen bra så länge de får ha god hälsa (Laaksoharju Päivi, 2012).

Men dessa människor lever också i en riskzon. Om det sker en drastisk förändring i livssituationen så kan den vara obemärkt under en lång tid. Det kan exempelvis hända att personen drabbas av minnesstörning och inte själv förstår att söka hjälp från vårdsektorn (Laaksoharju Päivi, 2012).

Till akutmottagningen kommer en stor del geriatriska patienter med större eller mindre behov av vård, det kan vara allt från urinvägsinfektion till hjärnblödning. Eftersom personalen på akutmottagningen träffar dessa människor som patienter har de möjlighet att utreda lite mera kring patientens tillstånd än bara deras nuvarande symtom. Här finns även möjlighet att med en kort strukturerad intervju få ganska bra bild hur en geriatrisk patient mår på det fysiska, psykiska och sociala planet.

Informationen kunde vara värdefull om den skulle nå rätt mottagare som kan avgöra om patienten ifråga är i behov av hjälp i det dagliga livet och i så fall kunna ordna denna hjälp.

3 VASA CENTRALSJUKHUS

Vasa centralsjukhus ansvarar för specialsjukvården för invånarna i Vasa sjukvårdsdistrikt. Vasa centralsjukhus består av flera enheter, stamsjukhuset finns i Vasa centrum, den psykiatriska enheten finns i Roparnäs och Bottenvikens sjukhus upprätthåller poliklinikverksamhet i Kristinestad. Vasa sjukvårdsdistrikt är en samkommun som ägs av 14 kommuner med sammanlagt 164 000 invånare. Sjukvårdsdistriktet är geografiskt väldigt utbrett eller rättare sagt långsmalt, det sträcker sig från Jakobstad i norr och till Kristinestad i söder. Det blir över 200 km från norr till söder (Vasa centralsjukhus[www]).

Inom Vasa centralsjukhus arbetar 2 300 sakkunniga personer bland annat inom vård och administrativa områden. Grunden för Vasa centralsjukhus verksamhet är respekt för människovärdet, ansvarsfullhet och rättvisa. Från Vasa centralsjukhus remitteras patienter i första hand till Tammerfors universitetssjukhus och därefter till Helsingfors specialenheter (Vasa centralsjukhus[www]).

3.1 Akutmottagningen

På Vasa centralsjukhus akutmottagning uppgår vårdpersonalstyrkan till 53 personer och den består av sjukskötare, närvårdare, primärskötare och medikalvaktmästare. Utöver dessa finns även läkare, sekreterare och anstaltvårdare på enheten. Enligt behov är även laboratorie- samt röntgenpersonal tillgänglig på mottagningen (Vasa centralsjukhus[www]).

Enheten är öppen dygnet runt, året om. Under nätterna klockan 22-08 har hälsovårdscentralerna runt om i sjukvårdsdistriktet samjour i samma utrymmen som Vasa centralsjukhus akutmottagning. Det är läkaren som dejourerat vid Vasa huvudhälsovårdscentral som efter stängningsdags klockan 22 flyttas till samjouren för att fortsätta jouren över natten (Vasa centralsjukhus[www]).

Akutmottagningen är uppdelad i olika områden: kirurgi, inre medicin, barn, och chockrum. Till chock-rummet kommer patienter med allvarliga och livshotande problem. Där finns fyra platser och en skötare, vid behov får man hjälp av flera skötare. Läkare är tillgänglig hela tiden och i det rummet går det också att ta röntgenbilder.

Akutmottagningen tar emot patienter vars sjukdom eller skada fordrar så snabb bedömning och vård att hälsovårdscentralens mottagning inte är tillräcklig. Dessa patienter kan komma med eget fordon eller med ambulans. I övriga fall bör patienten ha en remiss från hälsovårdscentralen eller arbetshälsovården (Vasa centralsjukhus[www]).

Vid akutmottagningen möts patienten av en sjuksköterska som bedömer hur snabbt patienten behöver träffa en läkare, det vill säga gör en triage bedömning. Triageringen klassificeras enligt A, B, C och D, där A innebär att man omedelbart måste träffa en läkare, exempel på detta är hjärtinfarkter och hjärnblödningar, medan D innebär att man behöver träffa en läkare inom fyra timmar. B-klassificeringen innebär att patienten bör träffa en läkare inom tio minuter och C att patienten kan vänta upp till två timmar. A- och B-klassificeringarna har förtur före C och D, vilket leder till att väntetiden kan bli lång för de sistnämnda (Vasa centralsjukhus[www]).

Akutmottagningen strävar efter att en patient skall vara antingen utskriven eller inskriven till annan avdelning inom fyra timmar från det att patienten kommer in. På akutmottagningen serveras inga måltider, men patienterna kan få ett mellanmål om väntetiden är lång (Vasa centralsjukhus[www]).

3.1.1 Dokumenteringen på akutmottagningen

Alla personer som kommer till akutmottagningen och tas emot blir inskrivna som patient på enheten. Allt som sker kring patienten under den tid som denne är på akutmottagningen dokumenteras. Akutmottagningen använder sig av elektronisk dokumentering i form av programmen Esko och Oberon.

I Oberon dokumenteras alla patienter som kommer in samt deras ankomstorsak och då patienter flyttas till annan avdelning eller skrivs ut så skrivs de också ut ur Oberon. Programmet uppdateras alltså kontinuerligt så det hela tiden är aktuellt och pålitligt. Oberon ger en bra överblick av hur många patienter som finns inskrivna på akutmottagningen och till vilket område de hör (Brandtberg 2012).

I Esko fokuseras dokumenteringen kring vårdplanen, här skrivs ankomstorsak, alla mätningar och vårdåtgärder som gjorts. Läkarna ger sina ordinationer via programmet

och vårdaren antecknar dem som utförda vartefter de gjorts. I Esko dokumenteras patientens bakgrund så som grundsjukdomar, nuvarande medicinering, allergier och boendeförhållande med mera. Om det finns någon annan väsentlig bakgrundsinformation som är betydande för patientens vård skall det dokumenteras, exempelvis för traumapatienter är skademekanismen en väldigt väsentlig del för kirurgen när han bedömer patientens skador. Även alla mindre saker som görs för patienten skall dokumenteras, exempelvis om patienten fått sjukhuskläder eller ett mellanmål. Blod- och laboratorieprover samt röntgenundersökningar är skilda program men integrerade i Esko. Undersökningarna dokumenteras i vårdplanen och svaren kan hittas från samma program (Brandtberg 2012).

Hela sjukhuset använder sig av dessa två elektroniska dokumentationsprogram så om patienten flyttas till eller mellan avdelningar, så kan den mottagande avdelningen se vad som gjorts tidigare till patienten. Dessutom kommer bakgrundsfakta fram, så den nya avdelningen behöver inte reda ut allt på nytt utan det finns redan en viss grundinformation kring patienten. När patienten hemförlovas från sjukhuset arkiveras patientens insamlade data både elektroniskt och i pappersformat. Läkarnas utlåtanden skrivs ut och sparas även i pappersformat i patientjournalen. Den del som vårdaren skrivit arkiveras elektroniskt (Brandtberg 2012).

3.1.2 Akutmottagningens checklista

Checklistan för den geriatriska patienten (se bilaga 9) togs i bruk på akutmottagningen vid Vasa centralsjukhus under hösten 2011 och det var meningen att den skulle användas av både sjukskötarna och läkarna. Den användes under några månaders tid men vårdpersonalen slutade sedan att använda sig av den. Listan finns fortfarande tillgänglig på avdelningen men används inte (Brandtberg 2012).

Checklistan blev resultatet av ett mångprofessionellt samarbete. Teamet bestod av läkare, överskötare, klinisk specialistsjuksötare för geriatriska patienter, avdelningsskötare på psykiatri, vårdare från inre medicin och kirurgi samt biträdande avdelningsskötare från akutmottagningen vid Vasa centralsjukhus. Checklistan bearbetades fram utgående från ADL-utvärderingen samt andra modeller

som redan fanns i bruk. Checklistan är avsedd för geriatriska patienter med en ålder på 75 år och uppåt (Brandtberg 2012).

Sjukskötarna fick information om checklistan innan den togs i bruk, medan läkarna inte blev informerade om den. Detta resulterade i att vårdarnas intresse att fylla i listan sjönk ganska snabbt eftersom läkarna inte engagerade sig i listan (Brandtberg 2012).

4 BAKGRUND

I kommande stycken kommer begreppet äldre människa och åldrande, geriatrisk patient och utredningen av den geriatriska patienten samt kommunikationen med den äldre att behandlas.

4.1 Definition av den äldre människan och åldrandet

Beroende på vilken litteratur man läser definieras den äldre människan på olika sätt och ur olika synvinklar. Ett sätt att definiera åldrandet och den äldre människan är att gå enligt den kronologiska åldern. Detta sätt är kanske inte alltid det bästa, eftersom människans ålder och åldrandet är individuellt för alla människor. Gränsen vid vilken ålder man blir äldre är varierande (Ekwall et al. 2010 s.18).

Enligt Almberg & Jansson (2011 s.18) kan åldrandet delas in i tre olika aspekter: biologiska, psykologiska och sociala. Det biologiska åldrandet innebär de normala åldersförändringarna som sker i kroppen, den psykologiska aspekten innefattar de psykologiska förändringarna som sker och hur individen upplever sin förändrade situation. Den sociala aspekten riktar in sig på de olika förändringar som sker i patientens liv gällande gestalter och roller när man blir äldre.

4.2 Den geriatriska patienten

Geriatrik betyder ”vetskapen om ålderssjukdomar” (SAOL). Dehlin och Rundgren (2007 s. 55) beskriver den geriatriska patienten på följande sätt: ”en äldre patient med organsvikt från två eller flera system samtidigt och där det finns ett behov av ett brett multidimensionellt angreppssätt för att på bästa sätt utreda och behandla patienten”.

Det är inte heller ovanligt att en geriatrisk patient har sjukdomssymtom i ett annat organsystem än det där orsaken är. Det är okänt varför äldre patienter kan ha så ospecifik framtoning av en sjukdom.

En utmärkande egenskap gällande den geriatriska patienten är det dåliga sambandet mellan funktioner och diagnoser. Dehlin & Rundgren (2007 s. 56) påstår följande:

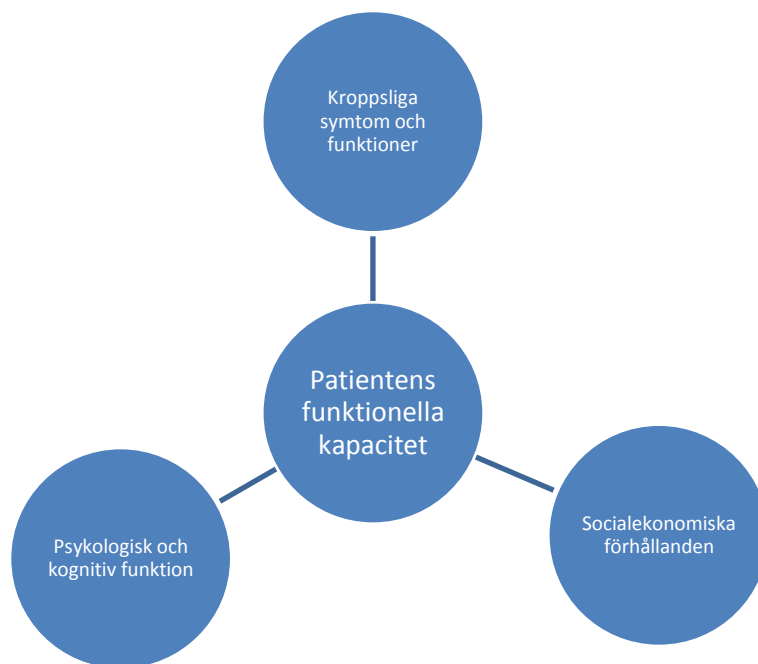
”man kan säga lite tillspetsat att geriatrikens viktigaste uppgift inte är att ställa diagnos utan att hjälpa patienten att ”tänka klarare” och ”göra mer”, alltså förbättra de kognitiva funktionerna och ADL-förmågan”

Det är ett vanligt antagande att antalet diagnostiserade sjukdomar står i proportion till funktionsförmågan, dock bör man minnas att det finns många äldre patienter som har lång sjukdomslista men är i god kondition (Dehlin&Rundgren 2007 s. 55-56).

4.3 Utredning av den geriatriska patienten

Vid undersökning av den geriatriska patienten skall man vid anamnesen och den fysiska undersökning beakta de faktorer som påverkas av patientens höga ålder. Man borde strukturerat gå igenom alla organsystem för att få en heltäckande bild av patienten och för att undvika att något blir oupptäckt. Det är viktigt att man reserverar lika mycket tid och är lika noggrann gällande undersökning och samtal med den geriatriska patienten, som man är vid undersökning av den yngre patienten. En strukturerad anamnes med specifika frågor om symtom underlättar anamnestagandet. Andra ypperliga informationskällor är anhöriga, hemvård, journaler och epikriser. Bristande symtomrapportering, kommunikationssvårigheter samt ospecifika och många symtom kan göra det svårt att få fram en ordentlig anamnes (Dehlin & Rundgren 2007 s. 55-58).

Både fysiska och psykiska problem är vanligt förekommande hos den geriatriska patienten, därtill kan också de sociala problemen göra utredningen mer komplicerad än hos andra patienter. Försämrade kognitiva funktioner och glömska leder ofta till att utredningen och insamling av anamnesen tar längre tid och blir svårare. Patientens funktionella kapacitet bestäms av ett samspel mellan de fysiska, psykiska och sociala faktorerna, dessa tre faktorer måste alla tas i beaktande vid utredningen av den geriatriska patienten (se figur 5). Den funktionella kapaciteten kan vara avgörande för vilken typ av behandling samt vilken typ av behandlingsform och vårdform patienten får (Dehlin&Rundgren 2007 s. 55- 57).



Figur 1. Bilden visar på samspelet mellan kroppsliga, sociala och mentala faktorer vid bedömning av den äldre patienten (Dahlin&Rundgren 2007 s. 56)

4.3.1 Psykiska-, fysiska- och sociala aspekter

Den geriatriska patienten skiljer sig från den yngre patienten på flera olika sett. Det finns ett flertal fysiska faktorer som kräver mera uppmärksamhet i utredningen av den geriatriska patienten. Den äldre patienten har ofta flera sjukdomar samtidigt, vilket kan göra diagnostiseringen svårare, även att sjukdomar tar sig i uttryck på annat sätt påverkar bedömningen. Den sviktande ADL-förmågan, det vill säga sviktande förmåga att kunna klara av sitt dagliga liv på normalt sätt, är inte heller ovanlig gällande den geriatriska patienten (Dehlin&Rundgren 2007 s. 56-59, 67).

Med den geriatriska patientens många sjukdomar följer också en hel del mediciner som bör beaktas i utredningen. Biverkningar går ofta hand i hand med många läkemedel, och eftersom den geriatriska patientens läkemedelsomsättning i kroppen är förändrad borde eventuella biverkningar beaktas mera. En av de viktigare faktorerna som påverkar hela den geriatriska patienten är den förändrade homeostasen (jämnvikten i kroppen), detta

innebär att när den äldre drabbas av sjukdom blir denne mera känslig för olika slag av störningar. Störningarna i sin tur leder ofta till snabba försämringar i allmäntillståndet och kroniskt hjälpbehov hos dem som tidigare varit självständiga (Dehlin&Rundgren 2007 s. 56-59, 67).

Depression, ångest och konfusion är vanliga psykiska problem som förekommer den äldre patienten och bör inte utelämnas vid utredningen. Bristande motivation är också vanligt framkommande symptom, likaså bristande compliance för läkemedel, det vill säga förmågan att följa läkemedelsordinationer försvagas. Låga förväntningar hos patienten, låg anspråksnivå och kognitiv svikt tillhör även de psykiska problem som vanligen förekommer hos äldre (Dehlin & Rundgren 2007 s. 56-57).

Det sociala perspektivet kring den geriatrika patienten är stort, det innefattar allt från bostad till ekonomi och ensamhet. Många av de geriatrika patienterna har på grund av sitt fysiska tillstånd inte möjlighet att bo kvar i sitt boende, utan är tvungna att flytta till annat boende. Ensamhet är också ett stort problem hos den äldre befolkningen, har den äldre svårt att röra sig och inte kan förflytta sig på samma sätt som tidigare kan de lätt bli isolerade och känna sig ensamma. Vid stigande ålder ökar också risken att den äldre blir änka/änkling vilket också kan leda till isolering och ensamhet. Brist på intressen och aktiviteter, samt inaktivitet hör även de till de sociala problemen (Dehlin & Rundgren 2007 s. 56-57).

Alla dessa uppräknade fysiska-, psykiska- och sociala problem är vanliga hos den äldre patienten och att dessa ofta förekommer tillsammans kan försvåra både utredningen och behandlingen (Dehlin & Rundgren 2007 s. 56-57).

4.4 Kommunikation med äldre

En viktig del i utredningen och dokumenteringen av den geriatrika patientens tillstånd är kommunikation. För att kunna göra en utförlig datainsamling om patientens tillstånd måste man på ett eller annat sätt kommunicera med patienten.

Med kommunikation menas kontakt mellan människor, överföring av information, en förbindelse (SAOL). Kommunikationen krävs bland annat för att kunna söka och ge information till andra. Det är inte enbart språket som utgör kommunikationen, utan även beteendet hos människor kan ses som kommunikation. Beteende som kommunikation kan också förklaras som icke-verbal kommunikation (tar sig uttryck i annat än tal), till det räknas bland annat tecken, kroppsrörelser, ansiktsuttryck, gester och hummande. (Heap 1995 s. 30)

Heap (1995 s. 30-31) påstår att det inom alla delområden av vården är viktigt att man uppmärksammar också de icke verbala delarna av kommunikationen. Att lägga märke till en irriterad axelryckning eller en avfärdande handrörelse kan leda till en förbättring av förståelsen av vad avsändaren har att säga. I vården av äldre är denna icke-verbala kommunikationsform mera aktuellt än inom andra områden, speciellt i vården av svaga och gamla patienter, eftersom ansiktsuttryck, dämpade ljud och gester ofta används av personer som är tröttare och osäkrare. Ofta finns en allmän uppfattning att äldre personer har svårt att kommunicera, detta kan i praktiken bero på att det har funnits brister hos mottagarens förmåga att förstå och ta tillvara de mindre- eller ickeverbala kommunikationsformerna.

Svårigheter i kommunikationen kan bero på dem som förmedlar budskapet och den som tar emot budskapet. När man skall förmedla information till någon är förmågan att formulera sig viktig. Förmågan att formulera sig blir svårare vid förvirringstillstånd och minnesproblem som en del äldre människor drabbas av. Oklarhet och förhållande till ämnet samt förhållandet till mottagaren är också faktorer som påverkar förmedlandet av informationen. Vid mottagande av informationen spelar uppmärksamheten en stor roll, är mottagaren ouppmärksam får det negativa följder på kommunikationen och den kan bli oklar. Även här påverkas kommunikationen av mottagarens förhållande till avsändaren och inställning till ämnet (Heap 1995 s. 36-42).

En väsentlig orsak till brister i kommunikationen är att människor ofta har problem att direkt säga vad de menar, människan har tendens att omformulera och kamouflera det hon egentligen vill säga så att fokuset hamnar på något mindre viktigt. Heap (1995) tar upp olika kommunikationsnivåer och poängterar att det är en aktuell del av

kommunikationen med äldre. De olika kommunikationsnivåerna benämns på olika sätt av yrkesgrupper, bland annat direkt kommunikation och indirekt kommunikation används. Indirekt kommunikation används ofta när diskussionsämnet är provocerande, smärtsamt eller på något sätt behandlar känslor eller sådant som man förnekar. Speciellt äldre personer har under sin levnadstid lärt sig att ha kontroll på sina känslor och starka emotioner hör till sådant som "inte passar sig för gamla", känslorna kan då istället framhävas på ett dolt och förvrängt sätt (Heap 1995 s. 43).

När patienten för fram sådant som kan verka irrelevant eller oklart, men som vårdaren kan tro vara viktigt för den äldre, är det av vikt att man är uppmärksam på den bakomliggande orsaken till diskussionen, det som patienten försöker dölja med irrelevant information. Man skall också komma ihåg det relevanta och meningsfulla som kan finnas i patientens utåt sett irrelevanta eller oklara budskap (Heap 1995 s. 45).

Svårigheter vid kommunikation hos äldre som kan påverka anamnesen och göra den mera utmanande och tidskrävande är bland annat nedsatt syn, nedsatt hörsel, förändringar i den kognitiva förmågan samt glömska (Dehlin & Rundgren 2007 s. 58).

4.4.1 Förbättring av kommunikation med äldre

Som vårdare till den äldre patienten kan man bidra med mycket för att underlätta kommunikationen. Intresset spelar en viktig roll vid förbättringen av kommunikation. Hos personer med artikulationssvårigheter kan vårdaren upprepa det oklara som blivit sagt på ett frågande sätt, intresset man visar med att upprepa frågan kan hjälpa patienten göra ett nytt försök och då göra sig förstådd på ett klarare sätt. På samma sätt visar man intresse i diskussionen om man ber patienten att förtydliga sitt budskap. Att omformulera och reflektera högt kring det som blivit oklart vid en diskussion kan hjälpa patienten att bli rätt förstådd, patienten kan då neka eller hålla med det som mottagaren säger (Heap 1995 s. 51-52).

Som tidigare nämnts har äldre patienter tendens att inte öppet prata om känslor eller annan privat information. Genom att skapa förtroende till patienten kan man få honom

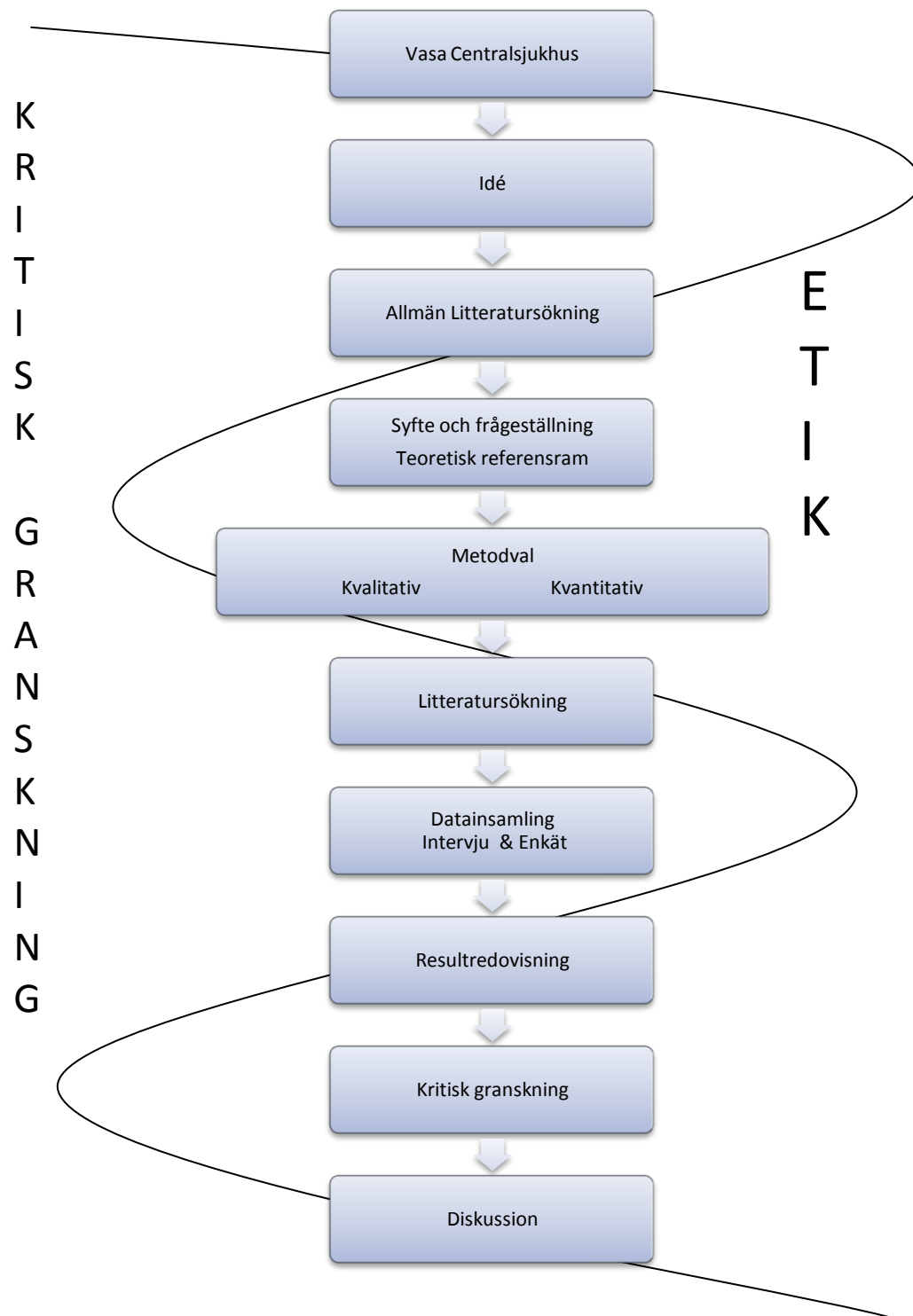
att lättare uttrycka sina problem. Bra ögonkontakt, långsamt och tydligt tal hjälper till att förbättra kommunikationen med patienter som har nedsatt hörsel. För att få bästa möjliga sanning i kommunikationen bör ledande frågor undvikas (Hayes 2000 s. 430).

5 DESIGN

Som nämndes i inledningen har examensarbetet fått sin början från akutmottagningen på Vasa centralsjukhus. När skribenterna bestämt sig för ämnet gjordes syfte och frågeställningar upp. Efter godkännande från skolans sida påbörjades litteratursökning, metodval och val av referensram, även datainsamlingsverktyg skapades (se bilaga 3, 4 & 5). Planen blev godkänd av Arcadas etiska råd och Vasa centralsjukhus. Vid godkännandet från Vasa centralsjukhus fick skribenterna ett skriftligt lov på att använda sig av Vasa centralsjukhus namn i arbetet (bilaga 10).

Innan enkäterna sändes ut till informanterna gjordes en pilotundersökning av enkäten hos skribenternas studiekamrater. De besvarade inte i enkäterna men gav kommentarer om enkätens uppbyggnad och innehåll. Detta gjordes för att minska eventuella missförstånd och oklarheter. Efter korrigeringar av enkäterna fördes de sedan ut till akutmottagningen och efter insamling av enkäterna genomfördes intervjuerna. Under tiden skrevs de teoretiska delarna av arbetet. Efter datainsamlingen gjordes en systematisk dataanalys och resultatredovisning. Under arbetets gång har skribenterna hela tiden reflekterat över etiken och den kritiska granskningen. I figur 1 ses en bild över hur arbetsprocessen sett ut. Hur arbetsfördelningen är gjord mellan skribenterna kan ses i bilaga 11.

Som grund till undersökningen har Jacobsens bok *Förståelse, beskrivning och förklaring, introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete* (2007) samt Patel & Davidssons bok *Forskningsmetodikens grunder- Att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (1994) använts.



Figur 2. Arbetets design

6 LITTERATURSÖKNING

Litteratursökningen gjordes i april 2012 vid Terkko, centralbiblioteket för hälsovetenskap i Mejlans. Skribenterna valde att använda sig av sökorden *emergency department/ emergency care, assessment, documentation* och *geriatric*. Databaserna som systematiskt genomsöktes var PubMed, MEDLINE (ovid) samt CINAHL(EBSCO). Genom olika kombinationer av sökorden fick skribenterna fram nio artiklar som verkade relevanta. Efter noggrannare genomgång av artiklarna valdes fyra artiklar bort och antalet användbara artiklar blev slutligen fem.

Sökningen gjordes också med svenska och finska sökord, men de gav inga resultat, därför beslöt skribenterna att endast använda sig av engelska sökord. Även sökord som *acute care* och *nurse* användes vid sökningarna i databaserna, men de träffar som gavs riktade in sig på fel område och skribenterna valde att inte använda sig av dem.

Som kriterier vid litteratursökningen valde skribenterna att ha artiklar som är publicerade från år 2000 och framåt, artiklarna skulle vara i fulltext samt i någon form beröra arbetet på en akutmottagning.

I PubMed gjordes först en sökning med kombination av orden *geriatric* och *assessment*, det gav 6867 träffar, genom att tillsätta *emergency department/emergency care* fick vi 18 träffar varav tre stycken relevanta artiklar valdes ut, men slutligen konstaterades bara en vara relevant (Roethler et al. 2011). Kombinationen av *geriatric, documentation* och *assessment* gav 72 träffar av vilka en artikel ansågs vara relevant (Jensdóttir et al. 2008). Kombinationen av alla sökord gav noll träffar, medan kombinationen av *geriatric, documentation* och *emergency department/emergency care* gav en artikel, som inte var relevant för arbetet.

I MEDLINE kombinerades sökorden *emergency department/emergency care, assessment* och *documentation*, de gav 106 träffar varav två relevanta artiklar valdes ut. Även två andra artiklar hittades med samma sökord, men de fanns inte i fulltext på MEDLINE, så de hämtades istället från Pubmed där de fanns i fulltext. (Rutschmann et al. 2005, Basic et al. 2002). Kombinationer av sökorden *geriatric, documentation* och

assessment och av *geriatric, documentation* och *emergency care/emergency department* gav 69 respektive tre träffar, men inga av dessa ansågs vara relevanta.

Med kombinationen *emergency department/emergency care, assessment* och *geriatric* i CINAHL(EBSCO) hittades 44 artiklar varav en ansågs vara relevant för arbetet (Mion et al. 2009). Övriga kombinationer av sökorden gav ett fåtal träffar, men gav inget användbart material.

För att komplettera litteraturen gjordes en ny litteratursökning på Terkko i September 2012. Skribenterna valde då att använda sig av databaserna PubMed, Google Scholar och MEDLINE(ovid). Utöver de sökord som användes vid första sökningen lades *casualty department, geriatric assessment* och *evaluate* till. Vid sökningar där *evaluate* användes, blev antalet träffar så stort och artiklarna fokuserade på fel ämne, därför beslöt skribenterna att inte använda sig av detta som sökord.

I PubMed gjordes en sökning med *emergency department* och *geriatric assessment*, med dessa sökord hittades 254 artiklar, tre av dessa ansågs då vara relevanta men slutligen användes ingen av artiklarna. Kombinationen av *geriatric, assessment* och *emergency department/casualty department* gav 380 träffar, vilka vi använde oss av två artiklar (Rosted et al. 2012, Grief, 2003). Övriga kombinationer av sökorden gav inga användbara artiklar.

I Google Scholar användes flera olika kombinationer av sökorden, men de fick alla så många träffar och trots avgränsningar minskade träffarna inte nämnvärt, så skribenterna beslöt att inte använda sig av databasen över huvudtaget. I MEDLINE (ovid) användes sökorden *emergency department, geriatric* och *assessment*, det gav 287 träffar. Eftersom vi på våren använt samma sökord i databasen valde vi att begränsa sökningen till artiklar från 2012. Antalet träffar var då sex stycken, varav inget ansågs vara relevant för arbetet. Kombinationer av de övriga sökorden gav inget relevant material.

7 TIDIGARE FORSKNINGAR

I följande kapitel kommer tidigare forskningar kring ämnet att tas upp. I föregående kapitel beskrevs hur skribenterna gått till väga för att söka artiklarna och vilka som valdes. Här kommer de att tas upp i olika kategorier för att lättare få en översikt om vad som tidigare undersökts och hur resultaten överensstämmer eller visar på olikheter. Kategorierna är utvärdering av den geriatriska patienten och den geriatriska patientens specialbehov, dokumentation, faktorer som påverkar utredningen och dokumenteringen på akutmottagningen och hos personalen samt utvärdering av vårdpersonalen.

Utvärdering av den geriatriska patienten och den geriatriska patientens specialbehov

Den geriatriska patienten på akutmottagningen är en utmanande patientgrupp för vårdpersonalen. Den geriatriska patienten har ofta multipla diagnoser, äter många mediciner, symtomen kan vara diffusa, ibland kan ankomstorsaken vara oklar och patienten tenderar att inom kort tid återkomma till akutmottagningen för samma eller nya besvär.

Rutschman et al. (2005) riktar in sin artikel på äldre patienter som kommer till akutmottagningen utan en egentlig orsak. Har patienten remiss är det vanligt att orsaken till remissen är att patienten inte klarar sig hemma. Av dessa patienter bedöms 51 % av patienterna med åldern över 65 med för låg triage. Detta i sin tur leder till att vården blir onödigt utdragen och ibland felaktig. Bedömning blir bristfällig eftersom man inte utreder patientens fysiska, psykiska och sociala tillstånd som helhet. Rutschman et al. (2005) föreslår att det borde införas klara direktiv om vad som skall utredas kring den geriatriska patienten samt utbilda personalen i det.

Mion et al. (2001) har i sin undersökning gjort ett projekt där man utarbetat en så kallad SIGNET-modell (Systematic intervention for a Geriatric Network of Evaluation and Treatment) och infört den på fyra akutmottagningar. Meningen med detta projekt var att redan vid mottagningsluckan skulle triage-skötaren använda sig av ett screening instrument för att bedöma vilka av de geriatriska patienterna som behövde en grundligare utredning av sitt tillstånd. Dessa patienter blev senare bedömda med andra

mätinstrument, ADL – activities of daily living och IADL – instrumental activities of daily living. Huvudsyftet med hela projektet var att minska antalet återbesök bland de geriatriska patienterna på akutmottagningen genom att skriva ut dem till rätt ställe samt förbättra vårdplaneringen för patienterna. Det 18 månader långa projektet resulterade i att återbesöken inom 30 dagar minskades med 13-22%.

Grief (2003) har i sin litteraturstudie utrett varför äldre patienter får service av svag kvalitet på en akutmottagning. Skribenten konstaterade att de flesta geriatriska patienter behandlas av personal som ha begränsad kunskap inom området. Grief (2003) konstaterade att fastän vårdbesöken är längre, mera diagnoser görs och flera tester tas så har den geriatriska patientgruppen en högre procent av återbesök samt missnöje med vården, orsaken till detta har inte undersökts. Skribenten menar att det nu bör prioriteras högt att utveckla vården av den geriatriska patienten på akutmottagningarna.

Rosted et al. (2012) har gjort en studie där de riktat in sig på utskrivningen av en geriatrisk patient från akutmottagningen. De konstaterade att patienter över 70 år som utskrivs direkt till hemmet löper stor risk för återbesök på akutmottagningen inom kort tid. De gjorde en modell för utskrivningen i syfte att minska återbesöken och få fram oupptäckta diagnoser när patienten utskrivs direkt till hemmet från akutmottagningen. När patienten skrevs ut så bedömdes de enligt en utvärderingsskala, ISAR 1. En specialutbildad skötare gjorde denna utvärdering och kontaktade patienten efter en samt sex månader från utskrivningsdatumet där hon gjorde en ny bedömning av patienten enligt utvärderingsskalan ISAR 2. Rosted et al. (2012) konstaterade att olösta problem vid utskrivningen var till antalet 1,9, efter en månad 0,8 och efter sex månader 0,4. Patienter som fick någon form av hemhjälp ökade i proportion till tiden från utskrivningen. Skribenterna angav i resultatet att denna modell fungerade bra på det system som används vid akutmottagningarna i Danmark.

Utvärdering av vårdpersonalen

Roethler et al. (2011) undersöker i sin artikel, *Assessing emergency nurses. Geriatric knowledge and perceptions of their geriatric care*, hur vårdpersonalen uppfattar sin egen kunskap kring den geriatriska patienten genom självvärdering. Vårdpersonalen ombads fylla i två frågeformulär där det ena går ut på att bedöma sin egen kunskap i

ämnet medan det andra är konkreta frågor kring vården med färdigt angivna svarsalternativ där vårdaren skall välja vad hon tror är rätt. Genom att jämföra dessa frågeformulär så kan man få fram hur vårdarna uppfattar sitt eget kunnande och hur det ligger till i verkligheten.

Resultatet i ovannämnda artikel visar på att vårdpersonalens kunnande var cirka 50 % lägre än vad de själva ansåg sig kunna egentligen. Bakgrunden till studien var att det har bevisats att sjukskötare med specialutbildning kring den geriatriska patienten förbättrar patientens vård, välmående och tillfrisknande efter utskrivning. Resultatet från undersökning som Roethler et al. gjorde styrker de tidigare forskningarna kring ämnet.

Basic et al. (2000) strävar i sin artikel till att utvärdera sjukskötarens förmåga att utvärdera en geriatrisk patient på akutmottagningen, med hjälp av färdigt utformade instrument. Instrumenten var sex till antalet; MMSE, GDS, SSI, IADL, MBI, Waterlow Risk Assessment Scale. Med dessa kunde man mäta olika områden kring den geriatriska patienten. Resultatet från undersökningen påvisar att en sjukskötare som använder sig av färdiga instrument kan göra en god och riktig bedömning av en geriatrisk patient. Det ger en bra helhetsbild av patienten och minskar risken att någon sjukdom blir odiagnostiserad.

Dokumentation

Jensdóttir et al. (2008) har i sin artikel jämfört sjukskötarens och läkarnas dokumentering kring evalueringen av den geriatriska patientens tillstånd på en akutmottagning samt vad som dokumenteras, vad som dokumenteras dubbelt och vad som blir odokumenterat. Resultatet av studien visar att båda yrkesgrupperna i både Finland och Island hade bristfällig dokumentation. Sjukskötarna hade bättre dokumentering än läkarna i alla avseenden, men skillnaden varierade beroende på evalueringsområde.

Författarnas förslag var att man borde införa ett standardiserat elektroniskt program för vad som skall undersökas och hur det skall dokumenteras. Det skulle vara samma för både sjukskötare och läkare, så att de kunde läsa varandras dokumentering och komplettera.

Faktorer som påverkar utredningen och dokumenteringen på akutmottagningen och hos personalen

I artikeln som Roethler et al. (2011) skrivit tas det upp hur personalen överskattar sin kunskap kring den geriatriska patienten. Detta innebär att vårdarna lättare missar saker i utredningen kring den geriatriska patienten eftersom de inte vet vad som är viktigt att beakta kring den geriatriska patienten. Denna artikel stöds av Lynnes (2003) litteraturstudie där skribenten konstaterar att äldre patienter får service av låg kvalitet på akutmottagningen eftersom de behandlas av vårdpersonal som har begränsad kunskap inom området. Detta visar på att fortbildning hos personalen kring den geriatriska patienten skulle vara ändamålsenligt.

Basic et al. (2000) undersöker hur sjukskötaren på akutmottagningen, med hjälp av utvärderingsmodeller som kartlägger problemområden hos den geriatriska patienten, kan förbättra resultatet av patientens vård. Undersökningen visar på att mätinstrumenten hjälper personalen att identifiera riskområden hos den äldre patienten. Även Mion et al. (2001) påvisar i sin undersökning att användningen av standardiserade utvärderingsmodeller underlättar för vårdpersonalen att känna igen vilka geriatriska patienter som behöver vidare utredning av sitt tillstånd och på så vis minska antalet återbesök inom trettio dagar.

Evalueringsmodeller

Det finns många färdigt utarbetade modeller som är ämnade för att utvärdera en geriatrisk patient. De täcker olika områden i den geriatriska patientens liv. Några av de vanligaste som också Jensdottir et al. (2008) tar upp i sin artikel är ADL-activities of daily living samt IADL-instrumental activities of daily living. Dessa tar upp faktorer som påverkar patientens dagliga funktionella liv.

Vidare så använder sig Basic et al. (2000) sig av flera olika färdiga instrument i sin artikel. Dessa är bland annat MMSE-Mini-Mental State Examination, vilket mäter minnesfunktionen hos patienten, GDS-Geriatric Depression Scale med vilket man kan mäta om och hur deprimerad patienten är, med SSI-Social Support Instrument tar man reda på huruvida socialt nätverk patienten har samt hur stort behov patienten har på den sociala sidan. Waterlow Risk Assessment Scale är en mera omfattande bedömning av

patientens mående där det tas upp bland annat nutritionsstatus, neurologiska status, kontinens och rörelseförmåga.

Mion et al. (2001) har i sin undersökning utformat en så kallad SIGNET-modell som är ämnad att användas för att bedöma den geriatriska patienten på akutmottagningen i avseende att: 1. förbättra möjligheterna att urskilja äldre patienter med behov för institutionsvård, 2. förbättra vårdplaneringen samt förbättra hur remisser görs för de äldre patienter som skickas vidare till andra instanser. 3. införa ett koordinerat samarbete mellan de olika redan existerande vårdenheterna och institutionerna.

8 TEORETISK REFERENS RAM

Som teoretisk referensram har vi valt vårdprocessen enligt Katie Erikssons teori, RAI - *resident assessment instrument* systemet samt ADL - *Activities of daily living*. I vårdprocessen har skribenterna valt att rikta in oss på datainsamlingen eftersom detta har stor betydelse i utredningen och dokumenteringen av den geriatriska patienten. Eftersom RAI är ett utvärderingssystem specifikt utvecklat för äldre personer anser skribenterna det vara väsentligt för arbetet. ADL begreppet har valts eftersom det bra beskriver de olika moment som den geriatriska patienten bör behärska för att klara ett självständigt liv.

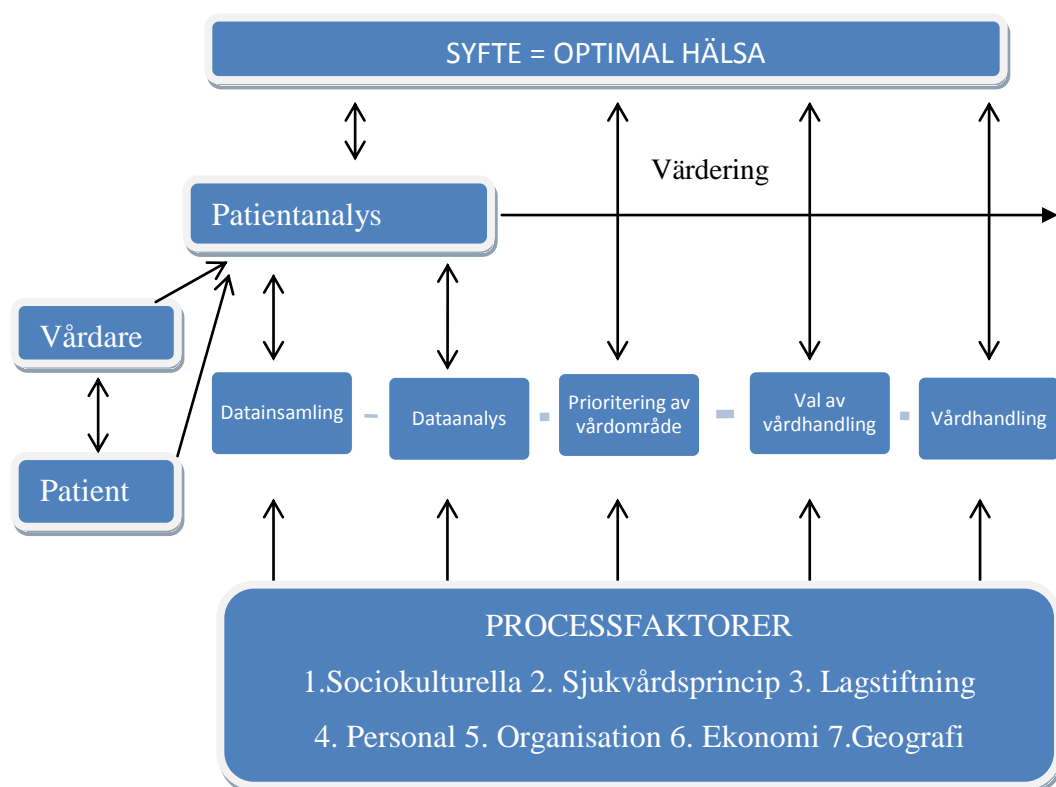
8.1 Vårdprocessmodellen enligt Katie Eriksson

Vårdprocessen är en interaktiv process som grundar sig på relationen vårdare-patient. Interaktionen sker grundläggande mellan dessa två huvudpersoner, men den pågår även mellan patienten och miljön samt med det omliggande systemet. Enligt Eriksson så är människan också ett interaktivt system, som ständigt anpassar sig till sin omliggande miljö, denna process är kontinuerligt pågående. Utöver vårdaren och patienten, så kan vårdprocessen komma att innefatta patientens familj och anhöriga beroende på hur stor och viktig del de upptar i patientens livssituation (Eriksson 1985 s. 17-18).

Vårdprocessen har utvecklats under en lång tid och har alltid påverkats av de händelser som skett under historiens gång. Politiska strömmar och olika ideologiska samt filosofiska diskussioner har haft sin inverkan på hur vårdandet och grunden för vårdfilosofin varit vid olika tidpunkter. En väldigt viktig person i vårdprocessens historiska ögonblick är Florence Nightingale, som hade sin verksamma tid före andra världskriget. Hennes insats under Krimkriget fick dödligheten i militärsjukhusen att sjunka från 40 % till 20 % i och med hennes inverkan på hur hygien skulle skötas i sjukhusen. Dessutom hade hon också som vana att besöka patienterna nattetid, vilket var en okänd rutin inom vårdandet på den tiden (Eriksson 1985 s.13-14).

Nästa milstolpe i vårdprocessens historia var under andra världskriget. Eftersom det fanns stort behov av vård- och hjälppersonal så lades då grunden för den personalstruktur som finns ännu idag inom vårdinstanserna. Behovet av kunskap inom området fick också fart på den teknologiska utvecklingen. Dessa två ovan nämnda faktorer gjorde att de två årtionden som följde blev den intensivaste utvecklingsperioden under hela sjukvårdens historia (Eriksson 1985 s. 14-15).

Vårdprocessen får sin början när en människa av en eller annan orsak blir i behov av vård och skrivs in som patient på en vårdinstans och bemöts av vårdare. Vårdarens roll är att försöka hjälpa patienten med det som anses som ohälsa. Vårdprocessen har alltid optimal hälsa som mål och processen består av delfaser, vilka är: patientanalys, prioritering av vårdområde, val av vårdhandling, vård och vårdhandling samt klargörande av sambandet mellan de olika faserna. Vårdprocessen är kontinuerlig tills det att målet har uppnåtts, vilket betyder att processen kan också vara under en lång tid. Motsatsen till optimal hälsa är optimal död (Eriksson 1985 s. 17-18, 20-21). Nedan ses en figur som beskriver vårdprocessens faser och hur de hänger ihop med varandra, målet och patienten.



Figur 3 . Vårdprocessens faser enligt Katie Eriksson (Eriksson, 1992, s 21).

Världshälso-organisationen, WHO, har varit aktiv i utvecklingen av vårdprocessen sedan 1975. De har i dag en egen sammanfattning av vårdprocessen som utgörs i fyra steg:

- uppskattning (kartläggning av behov och resurser)
- planering för utförandet av vårdåtgärden
- förverkligande av planen
- utvärdering och respons

(Eriksson 1985 s.16)

Dessa steg som utgör vårdprocessen anser Eriksson (1985 s. 16) är utgångspunkterna för vilken problemlösningsprocess som helst. Hon menar att det saknas syfte och mål i det tänkandet. Riehl & Roy (1974) menar att man även skall hålla patienten trygg och lycklig och hjälpa patienten att återvinna eller upprätthålla ett normalt kroppstillstånd och psyke under processens gång (se Eriksson 1985 s.16).

8.1.1 Datainsamlingen

Eriksson (1985 s. 56-57) skriver att datainsamlingen är en del av patientanalysen. Patientanalysen är den första av vårdprocessens delfaktorer och består av datainsamlingen och dataanalysen. I detta skede samlar man in den information man vill ha från patienten för att kunna gå vidare i vårdprocessen. Här är det viktigt för vårdaren att veta hur mycket information hon vill ha av patienten, så att det blir tillräckligt men inte för mycket. För en lyckad och väsentlig datainsamling är det många faktorer för vårdaren att ta i beaktande när hon samlar information kring patienten.

Data som samlas in kan delas in i Ramdata (R-data) och Status praesens (S-data). R-data är sådan data om patienten som är oföränderlig under vårdprocessen och behöver inte samlas in mera än en gång. Exempel på R-data är bland annat: ålder, socialskyddssignum, kön, civilstånd, tidigare sjukdomar, familjedata, ekonomisk data, arbetsförhållande, psykologisk data och utbildningsbakgrund. S-data beskriver mera det nuvarande läget som är aktuellt för sjukdomen och symtomen samt deras utveckling. S-data ändras under vårdprocessens gång och bör samlas in på nytt med jämna mellanrum (Eriksson 1985 s. 58-59).

Eriksson (1985) menar att datainsamlingen alltid påverkas av en hel del faktorer som stör processen. Om vårdaren är medveten om dessa så kan hon lättare reducera deras inverkan och störande av datainsamlingen samt dra nytta av dem. En avgörande faktor i hur datainsamlingen framskrider beror på hur interaktionen fungerar mellan vårdaren och patienten. Om det interaktiva förhållandet inte blir gott kan det vara svårt för vårdaren att skapa en objektiv bild av situationen. För att det skall lyckas måste patienten kunna känna sig trygg och avslappnad i vårdarens närvaro. Det är först då som patienten vågar berätta hur denne upplever sin aktuella situation (Eriksson 1985 s. 59-60).

En annan väsentlig aspekt som visar hur vårdaren samlar in data är varseblivningen. Varseblivningen har två huvuduppgifter, den första är att registrera och uppfatta det som är viktigt för organismen, den andra är att reducera den yttre verkligheten till en inre subjektiv, för människan förståelig verklighet. Med andra ord är varseblivningen som

ett filter man använder sig av för att kunna ta fasta på det väsentliga ur all den information som strömmar emot oss. Varseblivningen påverkas i sin tur av olika faktorer, de kan grovt delas in i sådant som finns i individen själv och det som finns i miljön. Dessa faktorer stör varseblivningen, vilket gör att det är nödvändigt för en vårdare att vara medveten om hur dessa faktorer påverkar den enskilda individen för att vårdaren skall kunna stänga ute dem och utföra en objektiv patientanalys (Eriksson 1985 s. 60-61).

Eriksson skriver att de grundläggande metoderna för att samla information från sin omgivning är att se, att höra och att känna, dessa tre kallas det perceptuella systemet. Vid patientanalys översätts dessa tre till intervju, observation och undersökningar. Under datainsamlingen sker ständigt ett urval, en så att säga selektion i varseblivningen. Den påverkas av kunskaper, attityder, erfarenheter, intressen, behov, observationsvanor och observationsteknik hos den som samlar in data. Utgående från det perceptuella systemet kan vårdaren få fram sådan information som patienten av någon orsak inte berättar. Det kan handla om att patienten är rädd för någon vårdåtgärd eller inte vill berätta hela anamnesen. Det perceptuella systemet kan ge vårdaren tilläggsinformation om hon lär sig behärska tekniken (Eriksson 1985 s. 60-63).

De vanligaste och mest använda sätten att samla in data på är att läsa dokument och journaler, göra intervjuer, enkäter, observationer och undersökningar. Att läsa dokument och journaler är en väldigt vanlig metod för att få fram redan insamlad information om patienten. På sjukhusen finns gamla patientjournaler där man kan ta reda på R-data samt välja ut data som kunde tänkas vara aktuellt att ta del av inför vårdandet av patientens nuvarande problem (Eriksson 1985 s. 65).

Intervjuer kan vara styrda eller spontana. I vårdsammanhang är intervjuerna till en början styrda med tanke på att det är en viss slags information man anser vara relevant att få från patienten. Intervjun borde även kunna vara spontan med tanke på att det kan komma fram aspekter som vårdaren inte kommit ihåg eller glömt att utreda. Genom att använda sig av patientenkät kan man få fram S-data speciellt genom slutna frågor, det vill säga färdigt angivna svarsalternativ som informanten tvingas välja mellan. Enkäten

kan användas för att ta reda på patientens intressen, attityder och upplevelser av sin ohälsa (Eriksson 1985 s. 64).

Observationer kan vara bra för att få fram det som patienten inte berättar. Den svåra delen är att observatören lätt styrs av sina egna känslor eller behov, ”man ser det man vill se”. Genom att använda två observatörer och jämföra deras samlade information från samma patient kan man bevara objektiviteten. Undersökningar är ett konkret sätt att samla in data kring patientens fysiska kondition. Det används på alla vårdenheter i mindre eller större utsträckning (Eriksson 1985 s. 65-66).

Utifrån Erikssons sätt att se så finns det alltid allmänna krav som man skall utgå från när man samlar data oavsett om det är via egna observationer eller om det är färdig text som man kan ta del av. Dessa krav är fem till antalet:

- *Objektiva*; de skall alltså inte vara ett referat av insamlarens egna synpunkter och åsikter.
- *Primära*; data kommer via så få mellanhänder som möjligt, helst rakt från källan till mottagaren för att man skall kunna bevara den korrekta informationen.
- *Sannolika*; med detta menas att den information som fås från källan måste överensstämma med den fysiska omgivningen vid det aktuella tillfället samt vara logisk i den verklighet som de observerats.
- *Relevanta*; datainsamlingen skall faktiskt motsvara den information som man är ute efter.
- *Tillförlitliga*; de skall alltså inte vara baserad på slumpmässig kunskap utan vara grundade antaganden (Eriksson 1985 s. 66-67).

Efter att datainsamlingen är utförd är det dags att analysera informationen. Detta görs med hjälp av etablerade referensramar; genom att ställa enskilda data i relation till referensramarna kan vårdaren skapa sig en helhetsbild av situationen. Referensramarna bör grunda sig på teori och vetenskaplig forskning för att på så vis kunna behålla verklighetsförankringen när vårdaren skall förstå datan och kunna använda sig av den (Eriksson 1985 s. 67).

8.2 RAI- Resident Assessment Instrument

RAI-systemet har utvecklats för att följa upp kvaliteten på vården, utvärdera kostnader samt att utgående från patientens vård- och servicebehov utveckla ett betalningssystem. RAI-systemet kan ses som en multiprofessionellt arbetsredskap utvecklat för äldreomsorgen. (Niemi et al. 2010 s. 7) Det centrala i systemet är att göra en omfattande strukturerad kartläggning av individens resurser och behov, detta för att utveckla vård- och serviceplaneringen på individuell nivå. (Noro et al. 2005 s. 22)

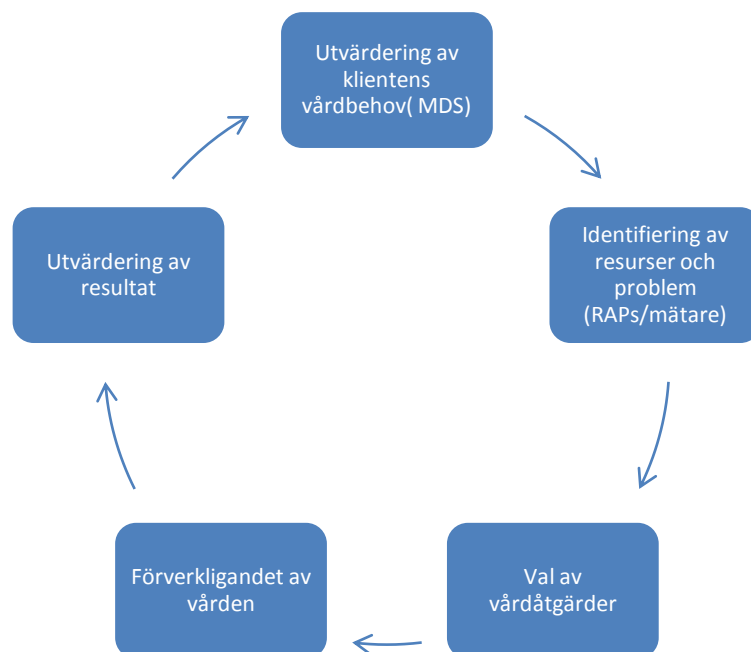
I USA skapades i mitten på 1980-talet den första RAI- modellen utgående från behovet för långvarig institutionsvård, därifrån kommer också namnet RAI, som är ett instrument för utvärdering av klienter. På 1990-talet utvecklades motsvarande instrument för hemvården och psykiatriska vården, därefter utvecklades i snabb takt också instrument för serviceboenden, rehabiliteringsavdelningar, akutvården och för den palliativa vården. För utvecklandet av RAI-systemet står interRAI[®] organisationen, som är en internationell icke-vinstdrivande stödorganisation och har fungerat sedan år 1990. (Noro et al. 2005 s. 22) Organisationen består av forskare från över 30 olika länder. (Interrai [www])

RAI- instrumentet är uppbyggt utgående från en grund av utvärderingsfaktorer som anses vara viktiga i alla vårdformer. Dessa gemensamma faktorer har identiska definitioner, tidsramar för observationer och poängsättningar. Ytterligare specifika faktorer för olika vårdtagare eller vårdmiljöer kan tillfogas till det ursprungliga instrumentet (Interrai [www]).

Varje RAI system innefattar en serie av frågor, ett så kallat *Minimum Data Set*, *MDS*, vilket betyder minsta (behövliga) mängden information, en handbok samt hjälpmedel för att bygga upp en individuell vård- och serviceplan. Tanken med *MDS*- frågorna är inte att behandla ”allt om allting” utan att det viktiga är att man täcker den nödvändiga informationen från väsentliga områden. Sakkunniga inom branschen har utformat frågorna och med hjälp av olika kombinationer av dessa frågor har man fått fram en serie mätinstrument för utvärdering av vårdkvaliteten (Noro et al. s.22-23). I bilaga 11

ses en förenklad och sammanfattad modell över vad ett MDS- formulär innehåller. (Noro et al. 2005, s 194-209)

Alla RAI system är utvecklade för att passa ihop med varandra, med tanke på att klientens vårdplan fortsätter trots byte av vårdinstans, man strävar till att använda RAI som en pågående process. Med hjälp av den pågående processen har vårdpersonalen bättre förståelse i hurdan klientens vårdbehov är. Klienten och vårdpersonalen drar också nytta av detta med tanke på att deras resurser inte används felaktigt eller i onödan. I figur 2 beskrivs processen vid RAI- utvärderingen samt planeringen av vård och servicetjänster (Noro et al. 2005 s. 22-23).



Figur 4. RAI- utvärdering och förverkligandet av individuell vård- och serviceplanering. Skribenternas egen tolkning utgående från Noro et al 2005, s 23.

8.2.1 RAI AC- Acute Care

Som nämndes tidigare har det utvecklats RAI-instrument för olika vårdformer. Akutvården har också tilldelats ett eget instrument kallat RAI AC, detta publicerades år 2006. RAI AC är utvecklat för att identifiera äldre och funktionshindrade som blir inlagda på akuta sjukhus i sådant tillstånd att de kan ha nytta av en omfattande specialistutredning (Interrai [www]).

Med RAI AC vill man stöda effektiv utvärdering av äldre patienter som blir inlagda på akuta sjukhus, detta för att ofta förekommande geriatriska symtom, funktionella och psykosociala problem inte skall bli förbisedda. Med RAI AC vill man också stöda utskrivningsplaneringen som riktar sig till de identifierade problemen (Interrai [www]).

RAI AC utvärderingen genomförs vid två tillfällen. Första gången görs den inom 48 timmar efter att patienten blivit inskriven, då utreds hur patientens tillstånd varit innan han kommit in till sjukhuset samt patientens hälsa i början av sjukhusvistelsen. Den andra utvärderingen görs senare under sjukhusvistelsen, under 24 – 48 timmar före utskrivningen. Detta görs för att identifiera de kvarvarande problemen som kan komma att behöva vårdas efter patienten skrivits ut från sjukhuset, samt för att underlätta resultatutvärderingen. En omprövning av utvärderingen kan genomföras om det förekommer märkbara förändringar i patientens status eller när olika utskrivningsalternativ finns. Utvärderingsinstrumentet har också visat sig vara till nytta vid konsultering. Då görs endast en utvärdering som kartlägger patientens tillstånd före sjukdom och nuvarande status (Interrai [www]).

8.3 ADL- Activities of daily living

ADL står för activities of daily living eller översatt till svenska, aktiviteter i dagligt liv. För att människan skall kunna leva ett självständigt liv skall hon klara av att utföra de faktorer och aktiviteter som ADL innehåller (Hulter Åsberg 1990 s. 9).

ADL kan delas in i följande fyra olika aktivitetsområden: 1. *Personligt ADL*, dessa aktiviteter berör vården av den egna individen bl.a. hygien, födointag. 2. Med *instrumentellt ADL* menas de aktiviteter som berör fritiden och boendet (städning, matlagning, uppköp och ekonomi). 3. *Kommunikation* delas in i kommunikation i tal och skrift, som kan räknas till personligt ADL och kommunikation med kommunikationsmedel som räknas till instrumentellt ADL. 4. En viktig del av individens liv är *fritidsverksamhet och yrkesarbete*, vilka också räknas som ett aktivitetsområde i ADL-begreppet. Personligt ADL kan också kallas för *Katz` index*, som fått sitt namn från den läkare som ansvarade för undersökningen som ledde till upptäckten av ADL (Hulter Åsberg 1990 s.9)

8.3.1 ADL-förmåga

Hulter Åsberg (1990 s. 9-10) beskriver ADL-förmågan som ”förmågan att självständigt klara de dagliga aktiviteterna”. Så länge en person inte är beroende av andra för att utföra de vardagliga aktiviteterna har denna person en normal ADL-förmåga. När en människa blir beroende av en annan människas hjälp för att klara sitt dagliga liv uppstår ett vårdbehov och ADL-förmågan blir nedsatt.

ADL-förmågan bedöms för att kunna förstå och beskriva patientens vårdbehov, för att hitta rätta och passande vård- och rehabiliteringsformer, för att följa förändringar som uppstår i vårdbehovet, samt göra en utvärdering och få resultat på de åtgärder som gjorts(Hulter Åsberg 1990 s. 14).

Att göra en bedömning av ADL- förmågan hos yngre och medelålders personer är inte helt vanligt, däremot i åldersgrupperna 75 år och uppåt ökar andelen som är i behov av hjälp med ADL. Det finns olika sätt att bedöma och undersöka ADL-förmågan hos människor. Hulter Åsberg(1990 s.11) beskriver tre olika sätt: *Självskattning* där personen i fråga själv berättar eller skriver ner sin egen uppfattning av det egna

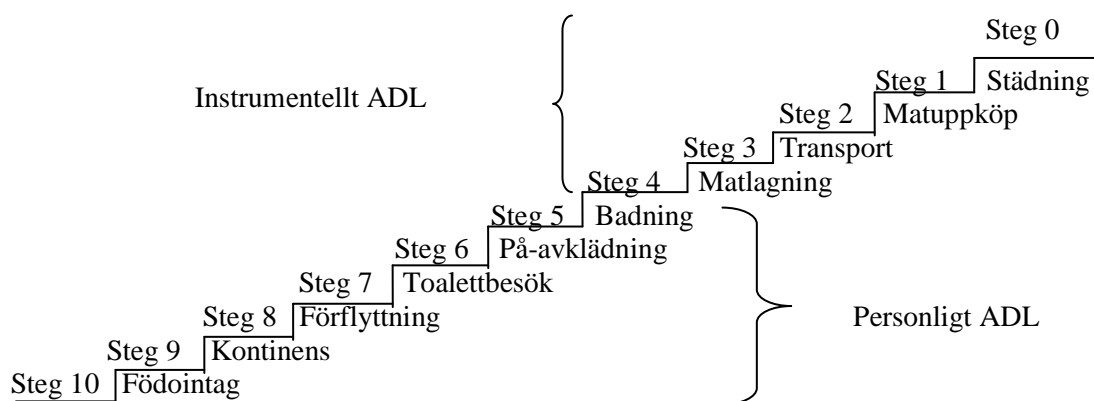
beroendet eller oberoendet. Bedömningen kan även ske genom en *observation*, den genomförs av en utvald observatör som bedömer vad personen i praktiken gör, oberoende av hjälpbehov och svårigheter. Olika *test* kan också utföras för att bedöma människans förmåga. Testsituationen skall vara verklighetstrogen eller likna en verklig situation. Ofta används en kombination av dessa tre sätt för att få en omfattande undersökning och insikt i personens ADL-förmåga.

Hulter Åsberg (1990 s. 21) skriver att ”När man utför sitt ADL, bevisar man att man oberoende av en annan person har den fysiska förmågan, den psykologiska viljan och förståndet och att miljön tillåter eller i varje fall inte hindrar aktiviteten”. Vilka orsaker ligger då bakom att en människa inte utför aktiviteten? Ofta har en kombination av att man inte kan, att man inte förstår, att man inte vill eller att man inte får en betydelse i att en aktivitet blir utförd. Denna kunskap är grundläggande i förståelsen kring ADL-förmågan.

8.3.2 ADL-trappan

ADL- trappan är ett instrument för att bedöma en människas ADL-förmåga. Med ADL-trappan kan man följa förbättring och försämring, skilja mellan olika funktionsnivåer, samt utvärdera vårdresultat och ställa prognos för framtida vårdbehov. ADL-trappan är en sammanfattad version av en mer omfattad bedömning, det vill säga ett (ADL-) index (Hulter Åsberg 1990 s. 13).

Som tidigare nämnts kan ADL delas in i personligt och instrumentellt ADL. ADL-trappan delas också in i tio olika steg, varav sex steg räknas till personligt ADL och fyra steg går under instrumentellt ADL. Till personligt ADL räknas födointag, kontinens, förflyttning, toalettbesök, på- och avklädning samt badning. Den instrumentella ADL innefattar matlagning, transport, matuppköp och städning (se figur 4).



Figur 5. De olika stegen i ADL trappan (Hulter Åberg 1990 s. 32)

De olika stegen är grundade efter den förmåga som patienten först återfår efter sjukdomstid. Det betyder att den aktivitet man först klarar av att utföra hamnar längst ner på ADL-trappan och vartefter man klarar flera aktiviteter klättrar man högre på trappan. Är en person beroende av hjälp på t.ex. femte trappsteget kan man också anta att den är beroende av hjälp på de dagliga aktiviteter som kommer högre upp på trappan, medan personer som är oberoende av hjälp på det andra trappsteget också kan räknas som oberoende på steg som finns under. De personer som är oberoende av hjälp på steg noll räknas som oberoende av hjälp i alla aktiviteter (Hulter Åsberg 1990 s. 22-23).

För att underlätta bedömningen av ADL så finns en definition för varje aktivitet. Varje aktivitet är indelat i tre svarsalternativ, *beroende*, *delvis beroende* och *oberoende*. Till de tre alternativen finns kriterier som avgör till vilken kategori personen hör (Hulter Åsberg 1990 s. 32-39).

9 METOD

I detta arbete har skribenterna använt sig av både kvalitativa och kvantitativa metoder för datainsamlingen. Den kvantitativt inriktade forskningen innebär att man använder sig av statistiska bearbetnings- och analysmetoder, medan den kvalitativa innebär att man använder sig av verbala analysmetoder. (Patel & Davidsson 1994 s. 12) Med den kvantitativa metoden vill man få reda på generell information från en stor informantgrupp, medan man med den kvalitativa vill få information på ett djupare plan från en mindre informantgrupp. (Jacobsen 2007 s. 57)

Skribenterna valde att använda sig av både kvalitativa och kvantitativa metoder för att få ett omfattande resultat. Den kvantitativa enkäten samlar in information från en större enhet och får således en helhetsbild över situationen, medan den kvalitativa intervjun går på djupet med en liten grupp informanter. Enkäten och intervjun riktar sig till samma enhet och informantgrupp dvs. personalen på akutmottagningen vid Vasa Centralsjukhus.

9.1 Enkät

Grunden för enkäten och enkätfrågorna kommer från den checklista som tagits i bruk på akutmottagningen och de olika stegen i ADL-trappan. Utgående från dessa två har skribenterna skapat frågor gällande utredningen och dokumenteringen av den geriatriska patientens tillstånd. För att informanterna skulle få samma bild av vad skribenterna menar med geriatrisk patient sattes en ålder på 75 år och uppåt som gräns för vad som är en geriatrisk patient och inte. Samma åldersgräns används också på den geriatriska checklistan som har tagits i bruk på akutmottagningen.

Enkäten var till största delen standardiserad eftersom majoriteten av frågorna hade färdiga svarsalternativ, men enkäten innehöll även öppna frågor som gjorde den till en viss del ostrukturerad. (Patel & Davidsson 1995 s.61-62) Skribenterna valde att använda sig av denna metod, för att få ett så omfattande resultat som möjligt och tillåta informanterna uttrycka sina egna åsikter.

Enkäten bestod av totalt 13 frågor. Av dessa frågor var åtta frågor med färdiga svarsalternativ samt med möjlighet att tillägga egna alternativ. Två av frågorna var slutna frågor där informanterna fick fylla i det som bäst motsvarade deras åsikter. De resterande tre frågorna var öppna frågor där informanterna fritt fick formulera sina åsikter. Utöver frågorna frågades också efter yrke/utbildning och arbetserfarenheten på akutmottagningen. Enkäterna fanns både på svenska och finska (bilaga 3 & 4).

Samplet för enkäterna bestod av 53 personer ur personalen på akutmottagningen vid Vasa centralsjukhus. Enkäten fanns till förfogande för informanterna i två veckor på akutmottagningen. Bifogat till enkäten fanns också ett följebrev (se bilaga 1 & 2) där syftet med undersökningen samt anvisningar och garanterad anonymitet fanns beskrivet. Skribenterna valde att personligen föra enkäterna i pappersversion samt svarskuvert till enheten. Då enkäterna samlats in gjordes en statistisk analys i programmet Microsoft Excel och analys av de öppna frågorna gjordes i Microsoft Word.

För att begränsa antalet informanter till det område undersökningen var ämnad för, så hade skribenterna som krav på informanterna att de skulle arbeta som sjukskötare, närvårdare, medikalvaktmästare eller primärskötare på akutmottagningen vid Vasa centralsjukhus. Informantgruppen valdes eftersom de har den största och oftast också den viktigaste kontakten med den geriatriska patienten på akutmottagningen, när det gäller att ta reda på patientens bakgrund och tillstånd och förmedla informationen vidare till läkarna samt dokumentera det i patientens journal.

I följebrevet till enkäten samt på enkäten informerades om att endast de som jobbar som sjukskötare, närvårdare, medikalvaktmästare eller primärskötare skulle svara på enkäten, detta för att inga icke ämnade informanter skulle delta.

9.2 Gruppintervju

För att komplettera kunskapen från den kvantitativa undersökningen och få mera djupgående information om ämnet så valde skribenterna att göra strukturerade temaintervjuer i form av gruppintervjuer med låg standardisering. Intervjuerna ger mera djupgående information kring det ämnet som undersöks. Man kan få fram nyanser och man kan gå längre in på vad informanterna verkligen anser om ämnet och varför. Vid enkätundersökningen tvingas informanterna välja ett färdigt givet svarsalternativ medan de i intervjun kan ge sina raka åsikter. (Jacobsen 2007 s. 92-93, 95-96) Graden av strukturering anger frågornas utsträckning och räckvidd och enligt Hansagi & Allebeck (1994 s. 32) så behöver inte hög grad av strukturering innebära att frågorna har fasta svarsalternativ. Då frågorna kan ställas med viss variation och med varierande frågeordning så är standardiseringen låg med hög grad av strukturering.

Skribenterna valde att göra intervjuerna på plats med informanterna, eftersom det är lättare att få mervärde vid intervjuerna när man även kan se informanternas kroppsspråk. Att göra intervjuerna på plats ger också en möjlighet att etablera en bättre relation till informanterna, vilket kan ge mervärde i form av att informanterna berättar djupare om ämnet. Vid intervjuerna användes bandspelare och anteckningar för att komplettera det som inte blir sagt utan kan utläsas från kroppsspråket (Jacobsen 2007 s. 92-93).

De forskningsfrågor som det var tänkt att intervjun skulle besvara var följande:

1. Hurudan är utredningen och dokumenteringen av den geriatriska patientens tillstånd i nuläget?
2. Vilka faktorer på akuten påverkar utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patientens tillstånd?
3. Vilka faktorer hos personalen påverkar utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patientens tillstånd?
4. Vilka områden i den geriatriska patientens livssituation beaktas mera respektive mindre gällande utredningen och dokumenteringen?

Dessa ger ganska begränsade svarsramar för informanterna. Dessutom var ett mål med intervjun att få informanterna att fundera lite kring hur utvecklingsprocessen kunde framskrida. Detta gjorde att skribenterna ville göra intervjuerna gruppvis för att kunna föra en diskussion som skulle vara ändamålsenlig för målsättningen med intervjun.

Gruppintervjun ger en annan information än individuella intervjuer, vilket skulle vara ändamålsenlig för vår problemställning. Gruppintervjun anger inte så grundligt deltagarnas enskilda åsikter, men däremot kommer det fram varför deltagarna har vissa åsikter. En gemensam förståelse för det aktuella ämnet utvecklas och man får fram vad gruppen anser som helhet kring det berörda ämnet (Jacobsen 2007 s.93-94).

Gruppintervjun är också ett resultat av den gruppprocess som pågått under intervjun. Under denna process är det en stor utmaning att leda diskussionen så att alla kan få föra fram sin åsikt och att diskussionen inte bara leds av de mest högljudda informanterna i gruppen. Gruppintervjun visar också hur homogen eller heterogen gruppen är, därifrån man kan utläsa hur ense eller oense gruppen är kring det berörda ämnet (Jacobsen 2007 s.94-95).

9.2.1 Informanter

Önskemålet från beställaren var att intervjuerna hålls på arbetstid eftersom ersättning för intervjuer på fritiden inte var möjlig. Skribenterna konstaterade att det inte var möjligt att intervjua mer än två personer i taget på grund av arbetsmängden på arbetsplatsen, så skribenterna beslöt att göra parintervjuer istället. Med parintervju uppnår man ganska långt samma fördelar och effekt som vid gruppintervju.

Informanterna vid intervjuerna bestod av sjukskötare, närvårdare, primärvårdare och medikalvaktmästare som arbetar på akuten. En förfrågan skickades ut till avdelningen både i pappersformat samt som e-post för att vi skulle få informanter till intervjun. De som var intresserade ombads att ta kontakt med skribenterna för att hålla anonymiteten så hög som möjligt. Förfrågan gjordes i samband att enkäten delades ut till avdelningen.

Skribenterna ansåg att det optimala var att hålla intervjutillfällena så nära enkätundersökningen som möjligt för få en intensiv datainsamlingsperiod. Detta medförde fördelarna att enheten som undersöks får en mera sammanhängande bild av den pågående undersökningsprocessen som de deltar i.

Skribenterna hade på förhand gjort upp kriterierna för hur deltagarna väljs ut till intervjutillfällena. Informanterna skulle intervjuas i den ordning de anmäler sig tills platserna var fyllda. Sedan skulle vi utgående från arbetslistan försöka organisera informanter från samma skift till samma intervjutillfälle.

När anmälningstiden gått ut hade ingen anmält sitt intresse till intervjuerna. Skribenterna tog kontakt med akutmottagningen för att förklara läget och diskutera hur intervjuerna nu skulle kunna förverkligas. Vi kom överens om att vi skulle komma en bestämd dag till akutmottagningen för att utföra intervjuerna. Personalen skulle informeras om detta på förhand och då ha möjlighet att ställa upp som informanter om de ville. Situationen utföll sig så att de ur personalen som var på skifte den aktuella dagen informerades om möjligheten att delta i intervjutillfällen av avdelningssköterskan samma morgon som intervjuerna hölls. Av de personer som tillfrågades var det ingen som nekade till att delta. Frivilligheten och anonymiteten respekterades fortfarande.

9.2.2 Genomförande av intervjun

Som nämnts i föregående stycke valdes informanterna för intervjun först samma dag som de intervjuades. Detta innebar att de inte hade någon tid att förbereda sig utöver den information de fått kring ämnet från enkätundersökningen. Skribenterna konstaterade att de frågor som skulle diskuteras vid intervjutillfällena inte krävde någon större förberedelse eftersom det handlar om det som utförs dagligen på akutmottagningen.

Intervjuerna blev fyra stycken till antalet, varav tre som parintervjuer och en som individuell intervju. De tre parintervjuerna hölls första dagen som skribenterna besökte enheten och den sista hölls två dagar senare. Orsaken till att alla intervjuer inte genomfördes samma dag var att det kom så mycket patienter till enheten, så att det inte gick att göra mera intervjuer under den första dagen. Av samma orsak genomfördes den sista intervjun med endast en informant.

Intervjuerna hölls i avdelningssköterskans rum, med stängd dörr. Endast skribenterna och informanterna var närvarande. Intervjuerna bandades för att vi sedan lättare skulle kunna analysera dem. Skribenterna valde att göra så att den ena ledde intervjun medan den andra skrev upp informationen som framkom under intervjuens gång, detta som stöd för inspelningen. Anteckningarna skulle ta fram faktorer som inte går att få med på en ljudupptagning som till exempel gester och kroppsspråk.

Intervjuerna transkriberades och analyserades utgående från de forskningsfrågor samt underfrågor som utgjorde stommen till intervjuerna. Även de anteckningar som förts under intervjutillfällets gång användes som material vid analyseringen av resultatet. Analysen bearbetades sedan tillsammans med analysen av enkätundersökningen för att få fram helhetsresultatet från den empiriska delen av arbetet.

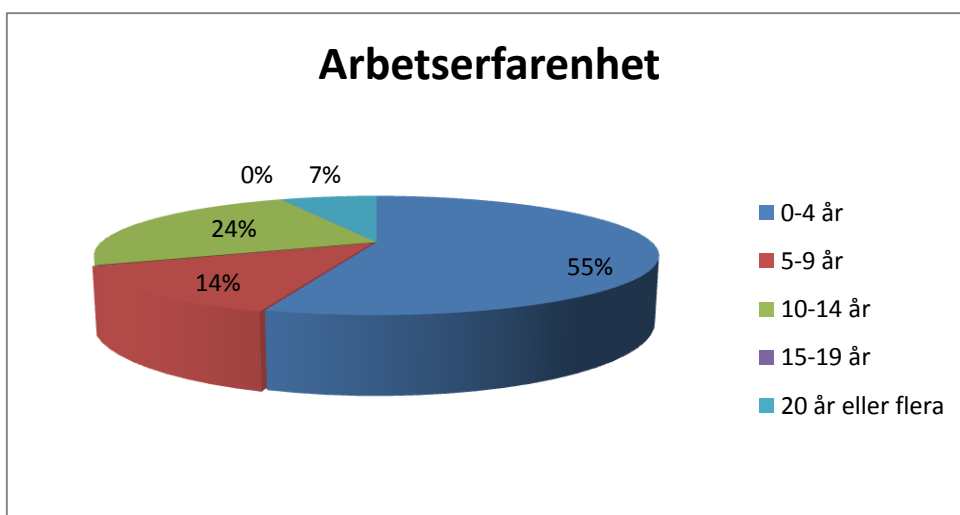
10 RESULTAT

I följande kapitel presenteras resultaten både från enkäten och från intervjuerna. Enkätresultatet och resultatet från intervjun kommer att presenteras i var sitt stycke och sedan görs en jämförelse och tolkning av resultaten.

10.1 Resultat av enkäter

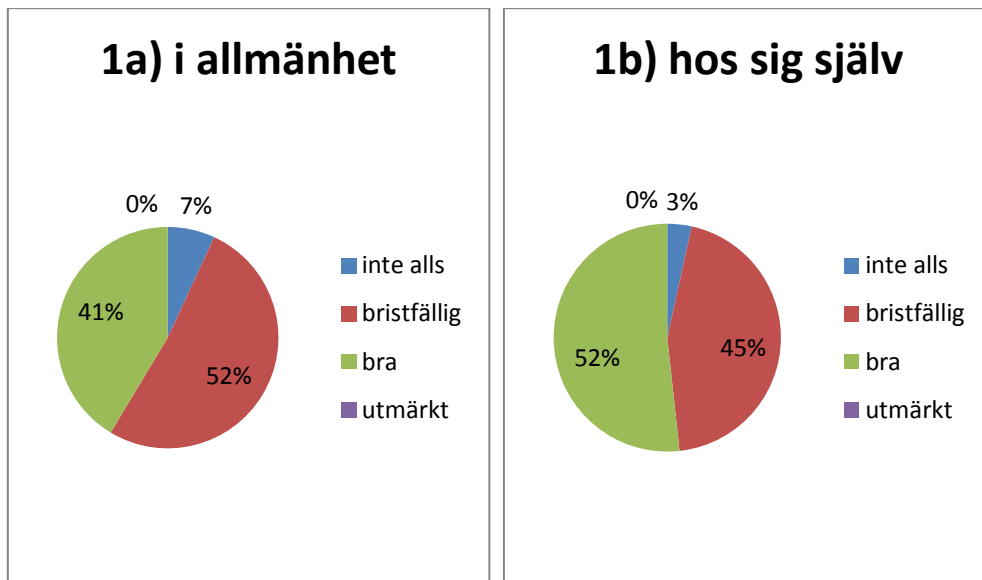
Målgruppen bestod av 53 personer och totalt svarade 30 personer på enkäten, detta utgör en svarsprocent på 56 % (56,6). En av enkäterna var felaktig ifyllt, vilket gjorde den ogiltig för undersökningen. Enkäterna fanns både på finska och svenska (se bilaga 3 & 4), eftersom resultatet redovisas endast på svenska har de finska versionerna och svaren översatts.

Som bakgrundsfrågor till enkäten bad vi informanterna ange sin utbildning/yrke. Av de som svarat på enkäten arbetade 25 (86 %) personer som sjukskötare medan de resterande fyra (14 %) arbetade som medikalvaktmästare, närvårdare eller primärskötare.



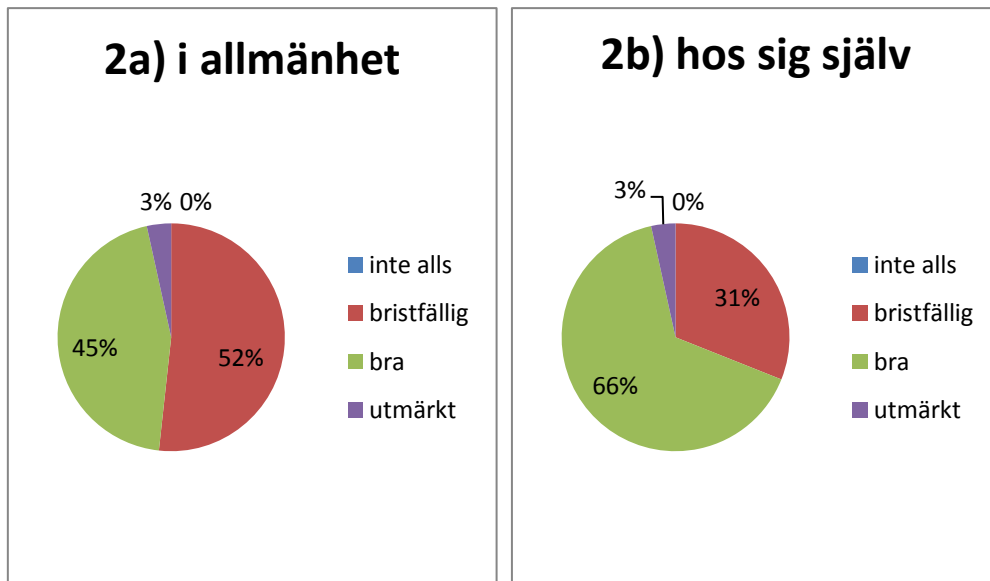
Figur 6. Arbetserfarenhet

Som bakgrundsfråga hade skribenterna också hur länge informanten arbetat på akutmottagningen. Största delen (55 %, n=16) av informanterna hade arbetat mellan 0 och 4 år på akutmottagningen. 7 % (n=2) av dem hade arbetat över 20 år.



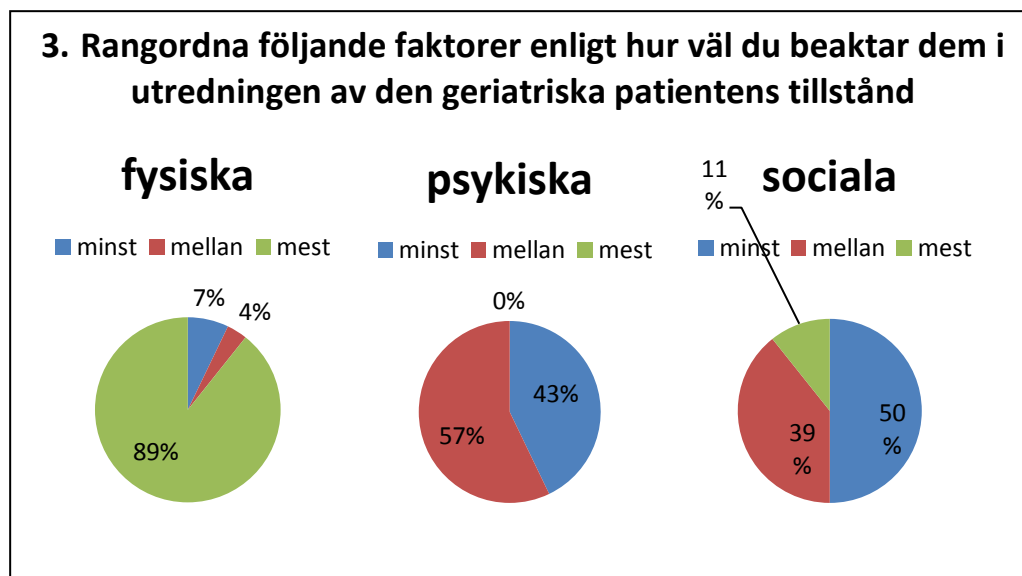
Figur 7. Informanternas uppfattning om utredningen på akutmottagningen

I första frågan bad vi informanterna att uppge hur de anser utredningen fungerar på akutmottagningen, både ur allmänt perspektiv och hur det fungerar hos dem själva. 41 % (n= 12) anser att utredningen i allmänhet är bra på akutmottagningen, medan 52 % (n=15) anser att den är bristfällig. 7 % (n=2) anser att den inte fungerar alls. Gällande hur personalen uppfattar sin egen utredning av patienten svarade 52 % (n=15) att den är bra.



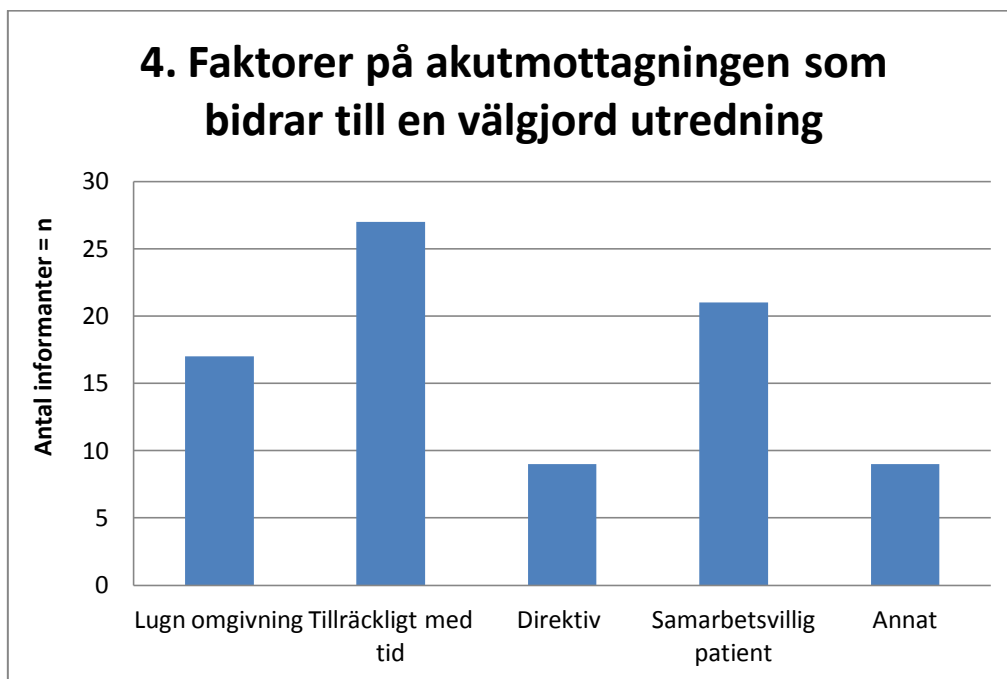
Figur 8. Informanternas uppfattning av dokumenteringen på akutmottagningen

Fråga två var uppbyggt på samma sätt som första frågan, och gällde hur personalen anser dokumenteringen fungerar på akutmottagningen, både i allmänhet och hos dem själva. Där ansåg 52 % (n=15) att den i allmänhet på akutmottagningen är bristfällig. 45 % (n= 13) upplever den som bra. 66 % (n=19) av informanterna anser dokumenteringen hos dem själv fungerar bra, medan 31 % (n=9) anser den vara bristfällig.



Figur 9. Rangordning av faktorer

I fråga tre skulle informanterna rangordna de fysiska, psykiska och sociala faktorerna enligt vad de beaktar mest respektive minst i utredningen av den geriatriska patienten. 89 % (n=25) beaktar de fysiska faktorerna mest i utredningen, 11 % (n=3) beaktar de sociala faktorerna mest. 50 % (n= 14) beaktar de sociala faktorerna minst och 43 % (n=14) beaktar de psykiska faktorerna minst.

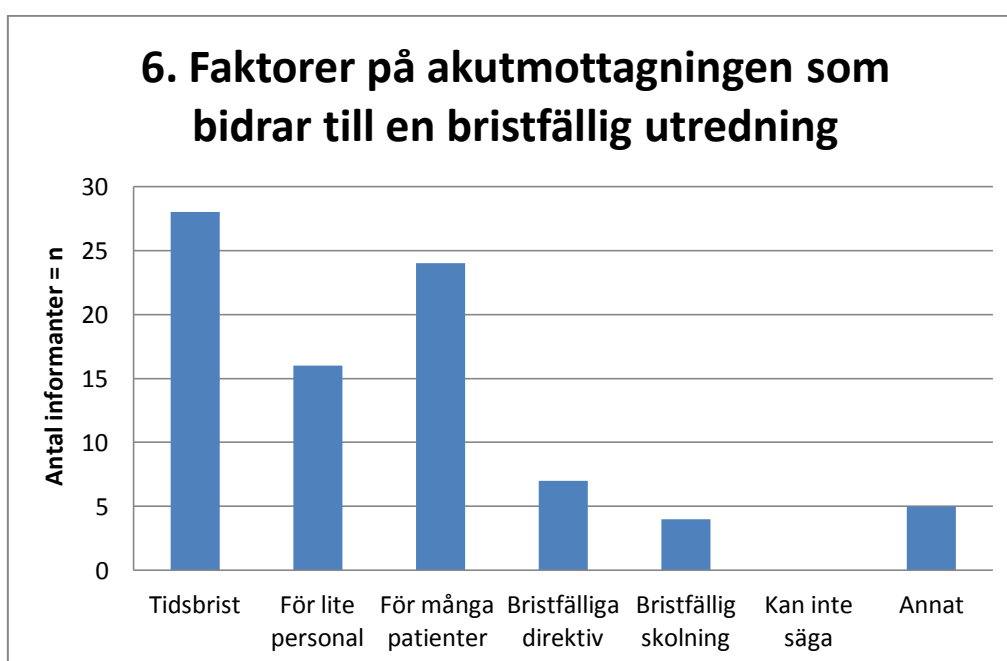


Figur 10. Faktorer som påverkar utredningen på akutmottagningen

I fråga fyra frågades efter vilka faktorer på akutmottagningen informanterna tror bidrar till en välgjord utredning av den geriatriska patienten, ett eller flera alternativ kunde väljas. På vilka faktorer som mest påverkar till en välgjord utredning svarar de flesta tillräckligt med tid (93 %), en samarbetsvilligpatient (72 %) och lugn omgivning (59 %). 9 personer (31 %) anser att direktiv gällande utredningen påverkar till en bra utredning. I frågan fanns också utrymme för informanterna att tillägga egna kommentarer. De flesta tog upp anhörigas roll, att de finns med på akutmottagningen, hurdana de är, och vilka uppgifter de ger om patienten. Annat som också kom fram var

bra information från fältet eller från vårdinstanser (ambulansrapporter, patientpapper från vårdinstanser, telefonnummer till hemservicen).

I den femte frågan skulle informanterna lista fyra egenskaper hos sig själva som de anser bidrar till en välgjord utredning av den geriatriska patienten. De egenskaper som informanterna räknade upp var: *lugn, tålamod, noggrannhet, målmedveten, saklig, lång erfarenhet, utbildning inom området, kunskap, tillräckligt med kännedom om den geriatriska patienten, känner ansvar, helhetsbild av situationen, grundlig, viljan att hjälpa, ålder, observant, intresserad, empati och förståelse.*



Figur 11. Faktorer som bidrar till en bristfällig utredning

Den sjätte frågan behandlade vilka faktorer på akutmottagningen som påverkar att utredningen blir bristfällig. 96,5 % av informanterna ansåg tidsbristen vara en faktor till bristfällig utredningen. 83 % respektive 55 % av informanterna ansåg också att utredningen blir bristfällig på grund av för många patienter samt för lite personal. I den

här frågan fanns också utrymme för öppna åsikter, där nämndes att man kanske inte förstår vikten av hela utredningen, patienten är inte samarbetsvillig, bristande uppgifter från ambulansen, vårdinstans, anhöriga eller från patienten själv, bristfälliga samarbetsparter under jourtid, brådska, brister i läkemedelslistor och avsaknad av telefonnummer till vårdinstans och hemhjälp.

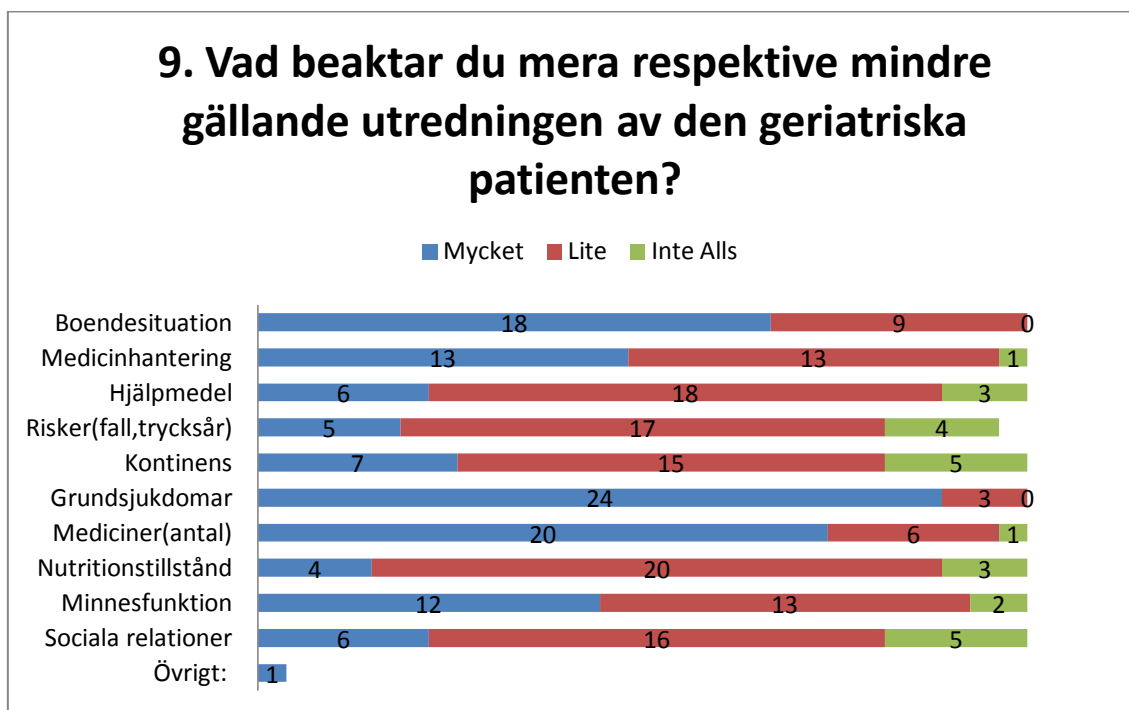
Tabell 1. Informanternas svar på faktorer på arbetsplatsen som bidrar till en välgjord dokumentering(fråga 7)

Arbetsmiljön	<ul style="list-style-type: none"> -Lugn arbetsmiljö -Lugn arbetsdag -Lugnt läge(tid för reflektion) -Bra utrymmen -Mer personal -Mindre stress -Direktiv
Tid	<ul style="list-style-type: none"> -Tillräckligt med tid -Avsätter tillräckligt med tid till utredningen
Samarbete	<ul style="list-style-type: none"> -Patienten orienterad i tid och rum -Anhöriga -Hemservice, hemsjukvård -Bra uppgifter från vårdplatser/vårdinrättningar (medicinlistor, funktionsförmåga, sjukdomsanamnes)
Hjälpmedel	<ul style="list-style-type: none"> -Tillräckligt med datorer -Checklista

Fråga nummer sju var öppen fråga där informanterna kunde skriva in egna åsikter om vilka faktorer på arbetsplatsen de tror bidrar till en välgjord dokumentering. Endast 69 % informanterna hade svarat på denna fråga. Svaren kan delas upp i fyra huvudkategorier: *arbetsmiljö, tid, samarbete och hjälpmedel*.

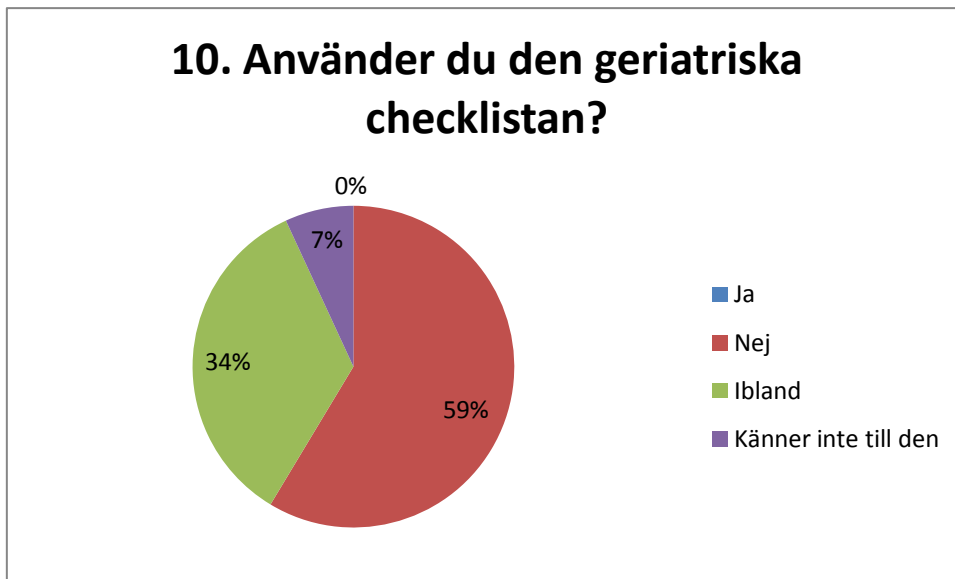
Fråga nummer 8 var samma som föregående, men gällde vilka faktorer hos sig personalen som bidrar till en välgjord utredning. Likaså här hade endast 72 % av informanterna svarat på frågan. Stor del av informanterna som svarat ansåg att om man

är lugn, noggrann, har tålamod och är engagerad och observant bidrar det till en välgjord utredning. Även faktorer som utbildning, arbetserfarenhet, prioriteringskapacitet och förståelse för patientens helhetsvård anses bidra positivt på utredningen.



Figur 12. Beaktan av olika faktorer i utredningen

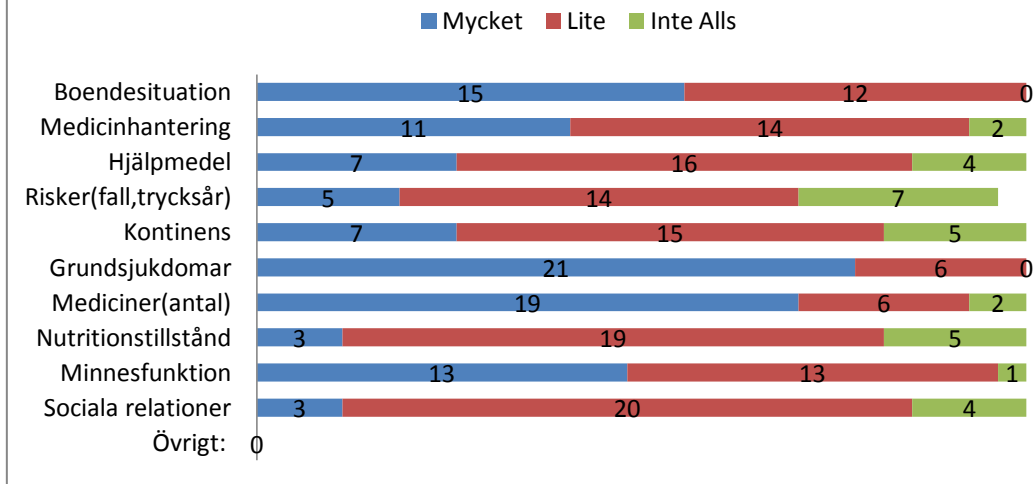
Fråga nummer nio behandlade hur mycket eller litet personalen beaktar olika faktorer vid utredningen av den geriatriska patientens tillstånd. Axeln till vänster anger de olika faktorerna och staplarna anger hur mycket olika faktorer beaktas och hur många informanter som svarat vad. Endast 27 av 29 svar användes eftersom två av svaren var fel ifyllda. Största delen beaktar mediciner, grundsjukdomar och boendesituationen mycket. De faktorer som flesta informanter beaktar minst är sociala relationer och kontinens. Det fanns också en möjlighet att lägga till fler faktorer, en informant hade tillagt hemhjälp/hemservice och angett att han/hon beaktar det mycket i.



Figur 13. Användning av den geriatriska checklistan

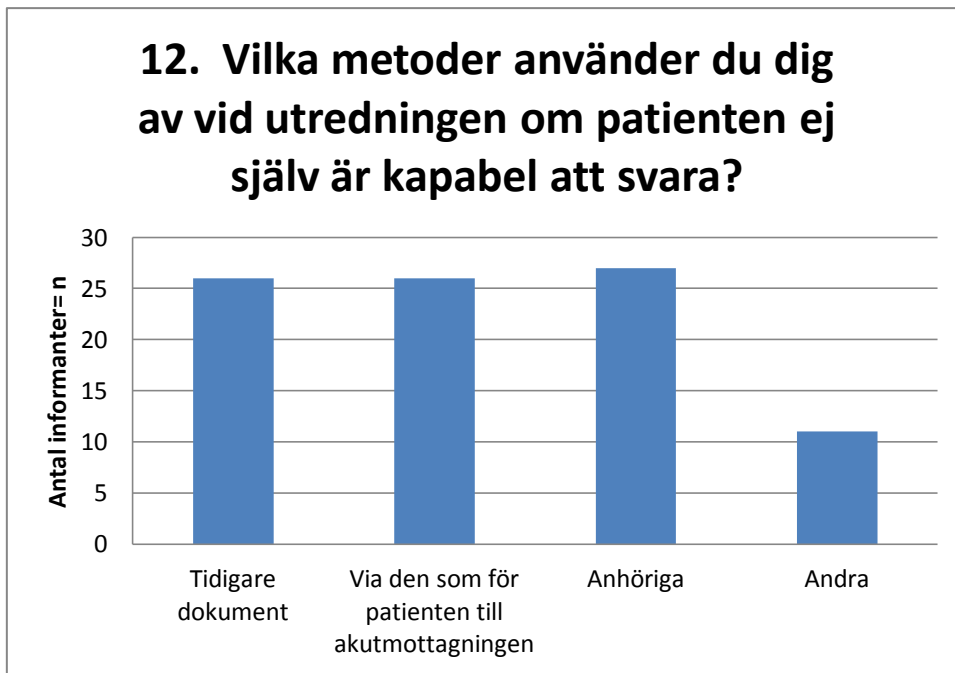
I tionde frågan ville skribenterna veta om personalen använder den geriatriska checklistan som finns till förfogande på akutmottagnigen. 59 % använder sig inte av listan, medan 34 % använder den ibland. 7 % känner inte till listan över huvud taget och ingen har angett att de använder den. Som tilläggsfråga ombads de som svarat nej eller ibland berätta kort varför. Som orsaker till varför listan inte används räknas följande upp: *tidsbrist, bortglömd, dubbelt arbete, brist på rutin, inte blivit en vana, har inte fått information om listan, tar mycket tid, passar bättre på avdelning, passar inte för akuten, onödig om patienten far hem, för många listor, förstår inte syftet med den, total genomgång omöjlig, besvärlig, för lång, man frågar sakerna men de blir inte dokumenterade, för mycket patienter, upplever att det fungerar bra utan att använda listan varje gång, frågas automatiskt och skrivs ner, hinner inte, tar för mycket tid 45 min/patient, ej kommit i rutin men viktig juttu, nästan alla checkas ändå, listan blir kvar i mottagningsluckan.*

11. Vad beaktar du mera respektive mindre gällande dokumenteringen av den geriatriska patienten?



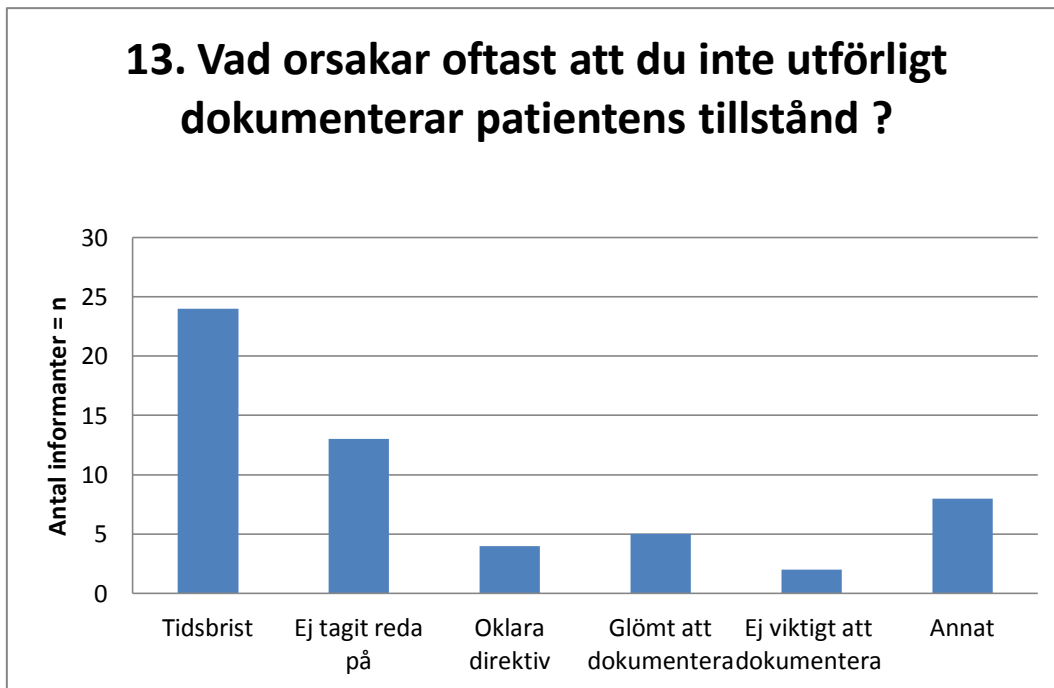
Figur 14. Beaktan av olika faktorer i dokumenteringen

Fråga elva var uppbyggd på samma sätt som fråga nio och bad informanterna fylla i hur mycket eller litet de beaktar olika faktorer i vid dokumenteringen av den geriatriska patientens tillstånd. Endast 27 av 29 svar användes eftersom två var fel ifyllda. De faktorer som de flesta beaktar mest är grundsjukdomar, mediciner och boendesituationen, de faktorer som majoriteten beaktar minst är risker, kontinens och nutritionstillstånd.



Figur 15. Metoder för att få fram information

I fråga tolv frågades efter vilka metoder personalen använder sig av för att få fram information om den geriatriska patienten, om patienten inte själv är kapabel att svara. I frågan kunde flera alternativ kryssas för och informanterna hade möjlighet att tillsätta egna alternativ. 93 % av informanterna använder sig av anhöriga, 89 % använder sig av tidigare dokument och via den som för patienten till akutmottagningen (t.ex. ambulans eller taxipersonal). Som övrigt hade informanterna uppgett: *hälsovårdscentral, hemvårdspersonal, hemsjukvård, servicehem, äldreboenden och från vårdare till vårdare blankett.*



Figur 16. Vad orsakar att en utförlig dokumentering inte görs

I den 13:e och sista frågan ville skribenterna få fram vad som orsakar att personalen inte utförligt dokumenterar den geriatriska patientens tillstånd i patientjournalen eller på annat ställe. I frågan kunde flera alternativ väljas och egna alternativ tillsättas. 83 % av informanterna uppgav tidsbrist, 45 % att de inte tagit reda på medan 7 % ansåg att det inte är viktigt att dokumentera. Som andra alternativ uppgav informanterna: *bristande uppgifter om patienten, brådska, inte blivit en vana att dokumentera, snabbt varierande situationer på akuten, saker blir till hälften gjorda, svårt att få kontakt med patienten, info fås inte pga av tidpunkt på dygnet, svårt att få info på jourtid (hvc, hemservice stängt).*

10.2 Resultat av intervjuer

Härnäst kommer resultatet från intervjuerna att presenteras. Intervjuerna var som tidigare nämnts fyra stycken till antalet. Tre var parintervjuer och en var individuell intervju. Eftersom endast en intervju hölls på finska och resten på svenska så kommer citat från den finska intervjun att översättas av skribenterna så att innebörden i meningarna bevaras men informantens anonymitet kvarstår. I följande stycke behandlas resultatet kategorivis utgående från forskningsfrågorna. Intervjufrågorna kan ses i bilaga 5.

Hurudan är utredningen och dokumenteringen av den geriatriska patientens tillstånd i nuläget?

För att svara på den första forskningsfråga så frågades: *om det är någon skillnad hur grundlig utredningen görs beroende på om patienten far till avdelningen eller blir utskriven till eget hem, samt ifall patienten blir utskriven till eget hem vad tar vårdaren reda på innan patienten får åka.* Med begreppet att utreda så var innebörden under intervjun; vad i patientens livssituation som beaktas och utreds utöver ankomstorsaken samt vården av denna. Sedan frågades ännu *av allt det som utreddes kring patienten, hur mycket dokumenterades.*

Svaren från informanterna var ganska enhetliga. De flesta ansåg att utredningen kring den geriatriska patienten är likadan oberoende av vart patienten skrivs ut. Några var av den åsikten, att om patienten skrivs ut till en avdelning, belägen på sjukhuset, så är utredningen av patientens tillstånd lite mindre omfattande. Sådana saker som påverkades var patientens hemförhållanden, kontinensen samt nutritionstillstånd. Om patienten har hemhjälp utreddes så gott som alltid, gällande om patienten klarade sig med den hjälp hon har utreddes till största delen om patienten blev hemförlovad men frågan kunde lämnas outredd om patienten skrevs ut till avdelningen.

"Om patienten skall till avdelningen så utreds det mindre..."

"Viktigt att ta kontakt till anhöriga oavsett vart patienten utskrivs"

"Om patienten åker hem så kollar man att de faktiskt klarar sig."

"Då man vet att patienten far till avdelningen så ser man inte i vilket skick patienten är i när de far hem"

När patienten hemförlovas så var alla informanter av den åsikten att de tar reda på hur patienten far hem, finns det någon som tar emot patienten hemma och om patienten verkligen klarar sig där hemma. Några informanter framhöll att de alltid diskuterar med patienten hur de skall få medicinerna uthämtade från apoteket eller om vårdaren borde kontakta någon anhörig eller hemhjälp så att det ordnas.

Det konstaterades att om läget verkar osäkert hur patienten klarar sig hemma så frågar man om praktiska saker, bland annat hur patienten får inhandlat mat. Om läget verkar oklart hur patienten kan klara vardagen hemma så har det även hänt att vårdaren meddelat läkaren att denna patient inte kan hemförlovas och man har hittat en alternativ lösning.

"Om patienten far hem så tar man reda på om någon är där hemma och tar emot, eller om man skall meddela hemsjukvården eller flyttas de till hemsjukvården. Alltså jag tar reda på och ringer runt och försäkrar mig om att det finns någon där som har nyckel och kan ta emot patienten."

"Man måste ju se till att det finns någon som tar emot dem då de kommer hem eller att hemhjälp vet om att de kommer... Alltså att någon tar emot dem om frågan är om de klarar sig eller inte, eller sen är anhöriga med."

"Så nog tar man reda på och går igenom med patienten om denne verkligen klarar sig där hemma, har de någon anhörig som kan hämta ut receptet... och så att de har mat i kylskåpet."

"Många gånger är det läkaren som säger att nu far patienten hem och då är man tvungen att säga till läkaren att tyvärr är patienten inte i det skicket att denne klarar sig hemma"

Gällande hur mycket som dokumenteras var svaren tudelade. En del av informanterna dokumenterade allt de ansåg vara väsentligt att veta kring den geriatriska patienten medan andra dokumenterade det nödvändigaste. Det som alltid dokumenterades var

grundsjukdomar, medicinering och allergier. Om patienten hade hjälpts till toaletten samt om denne hade med sig egna hjälpmedel såsom rullstol eller rollator blev också nästan alltid dokumenterat. Allt som gjordes för patienten skrevs ner, såsom blöjbyte eller hjälp att få på sig sjukhuspyjamas. Om man märkte att patienten hade liggsår eller blöja så varierande svaren huruvida det skrevs ner. Om personalen ringt till anhöriga eller hemhjälp så dokumenterades det alltid. Även varifrån patienten kommit, hemifrån eller från någon vårdinstans, dokumenterades av de flesta.

All dokumentering skedde i ett och samma elektroniska program för patientjournaler men beroende på informant så fanns det en liten variation om var informationen skrevs. En informant ansåg att redan på platsen för ankomstorsaken skulle man skriva in lite bakgrundsinformation kring patienten så att alla som öppnar patientens vårdjournal får samma informationen att utgå ifrån.

"Jag brukar skriva patienten kommer från boende eller patienten bor hemma och har hemhjälp x 3 ... om patienten är dement och dottern sköter hennes saker så brukar jag skriva att dottern önskar att man tar kontakt med angående patientens ärenden."

"Allt sådant där viktigt skriver man nog ner, allt som faktiskt är relevant, som hör till, som de behöver ha från avdelningen om patienten far till avdelningen. De får ju mera bild av patienten.."

"Klart det kan lämna någonting, men nog försöker man skriva det mesta nog. Det är ju klart att om det bråttom så hinner man ju inte..."

Vilka faktorer på akuten påverkar utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patientens tillstånd? Vilka faktorer hos personalen påverkar utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patientens tillstånd?

De följande två forskningsfrågor behandlades under samma frågor i intervjuerna. Frågorna som ställdes vid intervjun för att besvara dessa forskningsfrågor var: *Vilka faktorer på akutmottagningen samt hos dig själv tror du påverkar hur utredningen och*

dokumenteringen görs kring den geriatriska patienten? samt Checklistan, med underfrågor

Den största orsaken till att utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patienten i vissa fall blir bristfällig konstaterade informanterna vara att när det kommer ett stort antal patienter och vårdarna inte räcker till, det vill säga den upplevda tidsbristen. Alla informanter nämnde tiden som en påverkande faktor flera gånger under intervjuerna.

"Det är just det att är det mindre patienter så kan man sätta mera tid på en patient, men sen när avdelningen är full så blir det ju att göra det viktigaste, så man måste prioritera då."

"Det beror på hur mycket patienter det är för tillfället på akuten om det finns tid att reda ut läget."

Andra saker som inverkar är då patienten inte kan svara för sig själv och det finns inga anhöriga med i bilden som är orienterad i sin släktings sjukdomsbild. Vidare så nämnde alla informanter att det är väldigt svårt att få kontakt till hemhjälpen och hemservicen utanför tjänstetid. Detta kan leda till att personalen inte får den information som behövs för att skapa sig en helhetsbild av patientens tillstånd.

Några informanter nämnde att samarbete med sjuktransporten kan ge viktig information ifall ambulansen har hämtat patienten hemifrån. Om de utrett läget grundligt, har tagit med patientens aktuella medicinlista och möjligen hemsjukvårds pärm, så är det till stor hjälp för personalen på akutmottagningen att utgå ifrån.

Alla informanter forutom en kände till den geriatriska checklistan som finns på avdelningen. Vid frågan om informanternas åsikt om checklistan så var det ganska delade meningar. En del tyckte att den var lättöverskådlig med relevant information och verkade ganska lätt att fylla i. Andra var av den åsikten att en del områden var lite väl omfattande, den har väldigt många frågor och en del av frågorna (nutritionstillstånd, kontinens) hör inte till akutmottagningens uppgifter att utreda, det är mera avdelningens intresseområde. Det konstaterades även att checklistan medför

dubbeldokumentering eftersom den information som frågas efter på checklistan till största delen är sådant som utreds och dokumenteras i vårdjournalen.

"Den här är tydlig. Den borde vara tydlig eftersom vi gör akut vårdarbete så skall det vara tydligt och kortfattad. Om man fyller i den med franska streck så går det snabbt "

Speciellt på slutet där det fanns rum att skriva in om DNR-beslut är taget så konstaterade informanten att det är bra eftersom det då finns lättillgängligt ifall patientens läge ändras radikalt under vistelsen.

Ingen av informanterna kunde direkt säga en orsak till varför checklistan inte används längre och från när den slutade användas. De spekulerade kring att den tar för lång tid att fylla i, att det hör mera till vanlig avdelning än akutmottagningen och att det hela tiden kommer ny information att ta del av så denna lista har indirekt bortprioriterats. Speciellt då det är mycket patienten på akutmottagningen och det kommer fler i kö hela tiden så prioriteras de nödvändigaste vårdåtgärderna kring patienten och eftersom checklistan egentligen är dubbeldokumentering så prioriteras den ner. Efter att informanterna diskuterat ämnet en stund så hade alla åtminstone en gång hänvisat till tidsbristen som ofta uppstår på akutmottagningen.

"Jag har inte använt den så ofta, men ibland när jag har haft tid har jag fyllt i den, så har den här listan farit med patienten till avdelningen"

"Jag tycker den hör mera till avdelningen"

"Här sköter vi akuta saker, men många gånger så är de akuta sakerna, eller så gott som alltid de här (checklistans punkter) sådana saker som du måste veta för att kunna sköta de akuta sakerna."

Samarbetet mellan avdelningarna och akutmottagningen borde också ses över, eftersom det i början var meningen att de på akutmottagningen fyller i checklistan så mycket de

hinner eller är möjligt och sedan kompletteras den på avdelningen. Här finns även risk för missförstånd mellan enheterna om informationen inte är tillräcklig.

Vilka områden i den geriatriska patientens livssituation beaktas mera respektive mindre gällande utredningen och dokumenteringen?

Denna forskningsfråga besvarades med intervjufrågan *Hur mycket reder du ut kring den geriatriska patienten utöver ankomstorsaken? Ex. Boendesituation, grundsjukdomar, medicinering, hemförhållanden, hemhjälp, kontinensen, matlagning, inköp etc.*

Informanterna var eniga om att mängden som utreds kring den geriatriska patienten utöver ankomstorsak beror i första hand på ankomstorsaken och vilket skick patienten är i. Med skicket menades om patienten är dement och inte kan ge pålitliga svar.

Om patientens anhöriga är med på akutmottagningen och de är insatta i patientens situation så blir läget också mera utrett eftersom det finns en källa att få informationen från.

”Om anhöriga är med så utreds en bredare status eftersom det finns möjlighet till det”

”För det första så beror det på kanske varför patienten kommer, och för det andra i hurdant skick hon är i”

Det som alltid utreds av alla patienter är grundsjukdomar, nuvarande medicinering och allergier. Vidare var informanterna eniga om att patientens boendeläge utreds; bor patienten ensam, med någon partner, finns hemhjälp eller hemservice med i bilden och hur ofta förekommer hjälpen och vilken service utför de åt patienten, samt om patienten klarar sig med den hjälpen. Hur medicineringen sköts tog alla informanter upp som väsentligt.

"Första saken är kanske att bor patienten ensam eller på någon vårdinstans och sedan att bor denne till exempel med sin man eller fru där hemma som kan se efter patienten, och finns det hemhjälp och hur ofta går dem"

"tar reda på varifrån de kommer och hurudant läget är och hurudant det kognitiva läget är, att är patienten dement och har alzheimers i bakgrunden, hur orienterad patienten är och förstår omgivningen."

Nutritionsläget och kontinensen var två faktorer som nästan alla informanter nämnde att de inte utreder specifikt. Däremot om det byttes blöja under besöket eller kateterpåsen tömdes så dokumenterades det nog. Även sådana saker som trycksår och om patienten är väldigt mager kunde noteras när patienten hjälptes att byta om till sjukhuskläder, men det frågades inte på rutin av patienten. En åsikt var att personalen borde reda ut mera kring patientens bakgrundsuppgifter för att bättre förstå sjukdomsbilden.

"Då patienten byter till sjukhuspyjamas så om det syns blöja eller man byter blöja så fås ju detta automatiskt reda på. Även trycksår kommer fram på detta sätt."

10.3 Jämförelse och tolkning av resultaten

I följande stycke kommer skribenterna att jämföra enkätresultatet med intervjuresultatet för att se hur de stämmer överens och därmed dra slutsats för hur enhetligt eller varierande resultatet är. Skribenterna kommer även att tolka delar av resultatet och ta upp aspekter som de vill betona.

Första forskningsfrågan *hurudan är utredningen och dokumenteringen av den geriatriska patientens tillstånd i nuläget?* besvaras av enkätfrågorna 1 och 2 samt intervjufråga 2 och 3. Utgående från enkäten fås en insikt i hur personalen anser att utredningen och dokumenteringen fungerar på akutmottagningen. Som man kan se i enkätresultatet anser ungefär hälften av informanterna att utredningen och dokumenteringen fungerar bra, medan resterande anser att den är bristfällig. I en jämförelse av resultatet hos dem själva och i allmänhet på akutmottagningen så anser informanterna att både utredningen och dokumenteringen fungerar bättre hos dem själva

än hos genomsnittet av personalen på akutmottagningen. Skribenterna anser detta vara en intressant aspekt då t.ex. 66 % av informanterna anser att dokumenteringen fungerar bra hos dem själva, medan motsvarande siffra på hur dokumenteringen fungerar i allmänhet är 45%. Detta ger rum för en del tolkningsmöjligheter i och med att procentskillnaden på de olika resultaten är så stor. Om 66% anser att de själva utför dokumenteringen bra så borde detta ju även synas på den allmänna siffran, vilket det inte gör. Detta kan tolkas som att informanterna har väldigt olika uppfattningar om vad som är bra dokumentering, det en vårdare anser som god dokumentering kan en annan uppfatta som bristfällig. Detta kan tolkas till att tydliga direktiv kring vad som skall dokumenteras om den geriatriska patientens tillstånd kunde minska denna skillnad. En annan möjlig tolkning av den stora skillnaden i uppfattningen om dokumenteringen är att det kan vara svårt att objektivt se på sitt eget utförande. Det kan vara lättare att uppfatta förbättringsbehov hos sina kolleger än att inse sina egna behov av förbättring.

Från intervjuresultatet kan man se vad informanterna anser om utredningen och dokumenteringen samt vad som utreds och dokumenteras. Majoriteten av informanterna anser att utredningen och dokumenteringen fungerar bra, om det finns möjlighet och tid att göra den grundligt. För det mesta görs en tillräckligt omfattande utredning och dokumentering av den geriatriska patientens tillstånd. Några av informanterna uppgav att de ibland gör utredningen och dokumenteringen slarvigt. Vid frågan om vad som utreds och dokumenteras kunde skribenterna konstatera att alla informanter i stort sett gjorde på samma sätt.

Vid intervjun fick skribenterna den uppfattningen att personalen för det mest gör en omfattande utredningen medan dokumenteringen ibland är mera kortfattad än vad den borde vara. Det varierade också litet mellan informanterna hur aktivt de söker information om patientens tillstånd ifall denne inte kan svara adekvat för sig själv, exempelvis om patienten har svår demens.

Från enkätfråga 4, 6, 7 och 10 får man fram svar på andra forskningsfrågan, det vill säga *vilka faktorer på akuten påverkar utredningen och dokumenteringen kring den*

geriatriska patientens tillstånd? även intervjufråga 4, 5 och 6 behandlar denna forskningsfråga.

Vid jämförelse av enkät- och intervjuresultatet kan det konstateras att informanterna är ganska eniga om vad som påverkar utredningen och dokumenteringen såväl positivt som negativt. De största orsakerna som leder till en bristfällig utredning och dokumentering är upplevd tidsbrist, för lite personal, för mycket patienter och brister i samarbetet mellan vårdare-patient och vårdare-vårdinstanser. Faktorer som bidrar till en välgjord utredning och dokumentering anses bland annat vara en lugn arbetsmiljö, bra utrymmen, tillräckligt med tid och ett bra samarbete med vårdinstanser.

Skribenterna konstaterade att många av dessa påverkande faktorer är svåra att åtgärda utan någon större förändring i akutmottagningens verksamhet. Redan några små åtgärder kunde förbättra möjligheten till en välgjord utredning och dokumentering, exempel på dessa kunde vara lugna utrymmen att intervjua patienter i, att dygnetrunt-telefonnummer till vårdinstanser och hemservice finns tillgängligt, samt tillräckligt med datorer för dokumenteringen på akutmottagningen. Resultaten från enkätundersökningen överensstämde i stor utsträckning med intervjuresultatet, vilket gör att skribenterna kan konstatera att trovärdigheten i svaret på den andra forskningsfrågan är hög.

Till forskningsfrågan *vilka faktorer hos personalen påverkar utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patientens tillstånd?* kan man koppla enkätfrågorna 5, 8, 10, 12 och 13, samt intervjufrågorna 4, 5 och 6. Denna fråga besvarades till största delen av enkäten. Där framkom från informanterna att lugn, noggrannhet, tålamod, målmedvetenhet, engagemang och lång erfarenhet är viktiga egenskaper som bidrar till en välgjord utredning och dokumentering. Vid intervjutillfällen upplevde skribenterna att det var svårt att få informanterna att svara på denna fråga, svaren gick för det mesta in på den andra forskningsfrågans område. Det enda som skribenterna kunde ta fram som svarade på forskningsfrågan var engagemang.

Den sista forskningsfrågan: *vilka områden i den geriatriska patientens livssituation beaktas mera respektive mindre gällande utredningen och dokumenteringen?* besvaras

av enkätfråga 3, 9 och 11, samt intervjufråga 1. Från resultatet av båda undersökningsmetoderna kan man se att de faktorer som tas mest i beaktande i både utredningen och dokumenteringen är grundsjukdomar, mediciner, boendesituation, minnesfunktion och medicinhantering. De faktorer som majoriteten inte alls beaktar eller utreder är kontinens, sociala relationer, nutritionstillstånd, risker (fall, trycksår) och hjälpmedel. Vid intervjun framkom även att allergier och eventuella hemservicetjänster i regel alltid utreds och dokumenteras.

Det som skribenterna finner intressant vid denna fråga är att informanterna inte lika rutinmässigt utreder kontinensen och nutritionstillståndet som grundsjukdomar och medicinering. Kontinensen och nutritionstillståndet kan för en geriatrisk patient vara orsaken till vistelsen på akutmottagningen men patienten förmår inte själv förstå sambandet och det är vårdpersonalens uppgift att ta reda på detta. En fråga som uppstod hos skribenterna var om informanterna inte förstått innebörden av påståendena nutrition och kontinens och därför konstaterat att det inte hör till akutmottagningens rutiner. Om fallet är att dessa faktorer inte utreds på akutmottagningen så konstaterade skribenterna att patienter kan bli hemförlovade utan att någon utrett dessa tillstånd.

Både från enkät- och intervjuretatsresultatet framgår att boendesituationen alltid utreds och dokumenteras, detta speciellt om patienten blir hemförlovad. Med detta tolkar skribenterna att ingen patient hemförlovas utan att personalen tagit reda på om patienten verkligen klarar sig hemma. Bor patienten ensam och inte är helt adekvat så kontaktade personalen alltid hemservice eller anhöriga för att försäkra sig om att patienten åtminstone får tillsyn när hon kommer hem och någon kontrollerar att det vardagliga livet fungerar.

I jämförelse mellan de båda resultaten kan skribenterna konstatera att många likheter kan utläsas och att de kompletterar varandra väl för att besvara forskningsfrågorna.

11 ETISKA REFLEKTIONER

Genom examensarbetsprocessen har skribenterna följt *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning* (Forskningsetiska delegationen 2009) samt *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada* (Arcada 2011)

Enligt forskningsetiska delegationen (2009) kan man dela in de etiska principer som hör till humanvetenskaperna i tre områden:

1. Respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt
2. Undvikande av skador
3. Personlig integritet och dataskydd

Till självbestämmanderätten hör bland annat att deltagandet i forskningen skall vara frivilligt och att informanten har möjlighet att avbryta sitt deltagande i undersökningen när som helst. Vid enkäter- och intervjuundersökningar bör information om undersökningen ges till informanterna. Informationen som tillges informanterna borde innehålla kontaktuppgifter till forskarna, forskningstemat, plan och tidpunkt för genomförandet av datainsamlingen, förvaring, användning och utnyttjning av insamlat material samt information om frivilligt deltagande. Undvikandet av skador innebär t.ex att undvika psykiska olägenheter och att undvika sociala och ekonomiska olägenheter. Insamlat material för undersökningen får inte förvaras så att det kan äventyra informanternas identiteter (Forskningsetiska delegationen 2009).

En empirisk undersökning som innefattar människor, sjukhus, upphovsmannarättsligt skyddat material, sekretessbelagt material eller andra faktorer som kan vara problematiska eller etisk känsliga, bör genomgå en etisk granskning av Arcadas etiska råd (Arcada 2011).

Innan undersökningen påbörjades ansökte skribenterna om forskningsetisk granskning från etiska rådets arbetsutskott, ETIX, vid Arcada samt från Vasa centralsjukhus. När godkännandet kom från båda parter skickades enkäter och följebrev ut. Skribenterna har

under hela examensarbetsprocessen varit noggranna med att hålla informanterna anonyma, eftersom den undersökta enhetens namn nämns i arbetet samt att enheten är relativt liten har skribenterna velat skydda alla som deltagit så bra som möjligt. Ingen data som kan äventyra informanternas identiteter eller data som kan kopplas till särskild person har presenterats i arbetet.

Innan informanterna deltog i enkätundersökningen och intervjutillfällena informerades de om att undersökningen är frivillig och att det material som samlas in kommer att behandlas konfidentiellt. Informanterna ombads returnera de ifyllda enkäterna i slutna kuvert och sätta dem i en låda. Materialet hämtades personligen av skribenterna och samtidigt kontrollerades att alla kuvert var slutna. Inga namn eller annat som kan äventyra informantens identitet antecknades på enkäten. Under ljudupptagningen vid intervjun framkommer inte informanternas namn. Alla enkäter, ljudupptagningar och transkriberat material som samlats in från informanterna under arbetets gång kommer att förstöras när examensarbetet slutförts.

12 KRITISK GRANSKNING

Med den kritiska granskningen vill skribenterna granska sitt arbete gällande hur pålitligt resultatet är samt hur välgjord undersökningen är.

”Resultat inom humanvetenskap måste bedömas utgående från förståelse som också innebär sanning. Resultatet och kvaliteten finns i själva sökandet efter sanningen, i att ständigt sträva mot större förståelse, att våga erkänna att det finns gränser för vårt vetande just nu, men att gränserna är relativa.” (Eriksson 1992, sid 147)

Skribenterna vill därmed kartlägga och få insikter om eventuella brister i arbetet. Skribenterna har valt att granska arbetet utgående ifrån giltighet, validitet och reliabilitet.

Giltighet

Giltigheten använder man för att referera till sanningsenlighet och objektivitet inom humanvetenskaper. Man avgör graden av giltighet genom ”att bedöma grad av förståelse samt den betydelse eller mening som finns i materialet” (Eriksson 1992 s. 151). De krav som Eriksson (1992 s.151-152) beskriver och som bör beaktas vid insamlingen samt bearbetningen av källmaterialet är relevans, fullständighet, opartiskhet och förutsättningslöshet. Dessa krav bör beaktas för att säkerställa giltigheten.

Relevans betyder att det material som samlas in skall kunna ge svar på arbetets frågeställningar eller lösa problemen (Eriksson 1992 s. 151). Skribenterna har utgående ifrån forskningsfrågorna tagit fram datainsamlingsinstrumenten, och på så sätt kunnat samla in relevant material för undersökningen.

Fullständighet innebär fullständighet i relation till källmaterialet, vilket betyder att forskaren bör noggrannt beakta vilka källor som är mest väsentliga för problemställningen (Eriksson 1992 s. 151). Som tidigare nämnts utförde skribenterna litteratursökningen utgående från på förhand uppgjorda kriterier och sökord för att få fram material som är centralt för arbetet. Skribenterna upplevde det svårt att hitta artiklar som var relevanta för undersökningen. Många artiklar tangerade hur den

geriatriska patienten bedöms samt deras specialbehov, medan artiklar där vårdarnas utredning och dokumentering av den geriatrika patienten evalueras var svåra att hitta. För att komplettera artiklarna från litteratursökningen valde skribenterna att göra litteratursökningen en andra gång med nya sökord för att hitta fler relevanta artiklar. Artiklarna belyser frågeställningen från olika perspektiv.

Opartiskhet innebär att forskaren inte får prioritera vissa typer av källor framom andra, forskaren får inte heller utesluta delar av informationen eller värderingar av det område som undersökts (Eriksson 1992 s. 152). Skribenterna har använt källor från flera olika författare som grund för undersökningen för att få ett mångsidigt material. Vid resultatredovisningen har all information beaktats och behandlats likvärdigt, förutsatt att den varit relevant för arbetets frågeställning.

Med förutsättningslöshet menar man ett förutsättningslöst arbetssätt där forskaren inte får låta sig styras av förhandsuppfattningar och värderingar kring det område han ämnar undersöka. Forskaren har en viss förkunskap av området han tänker undersöka och dessa tas fram tidigare i arbetet men skall inte synas i resultatredovisningen (Eriksson 1992 s.152). Skribenterna har strävat till att genomföra datainsamlingen och redovisningen av resultatet utan att låta sig påverkas av tidigare kunskaper inom området.

Validitet & Reliabilitet

Validiteten kan delas upp i två kategorier: intern validitet och extern validitet. Den interna validiteten innebär hur det insamlade resultatet kan uppfattas som riktigt och om man fått fram det man strävat till. Den externa validiteten innebär hur man kan generalisera det resultat man fått vid undersökning av några få enheter till en större mängd som inte undersökts (Jacobsen 2007 s. 156,166).

Med reliabilitet menas att granska resultatet i förhållande till hur pålitligt det är. Under resultatgranskningen bör forskaren ta i beaktande att resultatet kan ha påverkats av den valda forskningsmetoden. Forskaren bör även beakta den påverkan som denne har på informanterna under intervjuens gång, detta kallas för undersökareffekten. Allt från hur forskaren är klädd och talar till hur han använder sitt kroppsspråk och betar sig påverkar

den som blir intervjuad. Två olika beteendemönster kan ge olika resultat från samma intervju (Jacobsen 2007 s. 169-170). För att underlätta intervjun och minimera på störande faktorer valde skribenterna att en av dem ledde intervjutillfället medan den andra förde anteckningar under intervjuns gång. Den som ledde intervjun kunde då hela tiden hålla ögonkontakt med informanterna för att bevara intresset i diskussionen medan anteckningar hela tiden fördes. Detta förklarades för informanterna i början av intervjutillfället för att inte skapa förvirring. Skribenterna informerade även informanterna om hur intervjutillfället skulle gå till, samt att ljudupptagningen endast används av skribenterna och deras handledare. Samtidigt påmindes informanterna om att de hålls anonyma under arbetets gång.

Skribenterna uppfattar arbetets interna validitet som god eftersom det insamlade materialet besvarar forskningsfrågorna. Skribenterna anser att det insamlade intervjumaterialet uppnår god extern validitet eftersom i alla intervjuer kom informanterna i stora drag fram till samma slutsats. Detta kan bekräftas med stöd av resultatet från enkäterna. Eftersom den externa validiteten uppfattas som god kan skribenterna generalisera resultatet på akutmottagningen vid Vasa centralsjukhus.

Resultatet kan dock inte generaliseras i hela landet eftersom endast informanter från Vasa centralsjukhus deltog i undersökningen. Resultatet från enkäten och intervjun överensstämmer med varandra vilket gör att resultatet kan uppfattas som reliabelt.

Metoder

Svarsprocenten från enkätundersökningen var 56 %. Skribenterna är nöjda med denna siffra men för att ytterligare höja den kunde enkäterna ha varit tillgängliga längre tid än de två veckor skribenterna valde att ha dem på akutmottagningen. Gällande informationen till akutmottagningen och vårdpersonalen anser skribenterna att den var tillräcklig eftersom att information skickades ut via e-post en vecka innan undersökningen samt sändes också en påminnelse ut under tiden för enkätundersökningen. Skribenterna besökte personligen akutmottagningen och informerade om undersökning när den började, men eftersom personalen jobbar skiftesarbete så var det endast en del av informanterna på plats.

För att få mera relevanta svar i enkätundersökningen kunde vissa frågor ha omformulerats. I fråga nummer 5 hade stor del av informanterna missuppfattat innebörden i frågan, speciellt de som svarat på den finskspråkiga enkäten. Även fråga 7 och 8 som var öppna frågor hade i viss grad missuppfattats eller lämnats obesvarade. Skribenterna har konstaterat att annan typ av frågor kunde ha gjort det mera lättförståeligt för informanterna samt mera lättanalyserat för skribenterna. Vid testningen av enkäten på studiekamraterna så kunde dessa förbättringsbehov upptäckts om testgruppen ombetts fylla i och returnerat enkäterna, samt att skribenterna skulle ha analyserat dessa.

När skribenterna sökte informanter till intervjutillfällena skickades e-post ut till vårdpersonalen om möjligheten att delta i intervjun och att de fick anmäla sitt intresse till skribenterna. Informationen gavs även i pappersversion till akutmottagningen. Trots denna information så fick skribenterna inga informanter som anmälde sitt intresse till intervjuerna. Ett alternativ kunde ha varit att kontaktpersonen på akutmottagningen valt ut informanterna för skribenterna, men med tanke på att bevara informanternas anonymitet ville inte skribenterna gå till väga på detta sätt. Som tidigare nämnt så informerade avdelningssköterskan personalen om intervjutillfällena samma dag som de hölls. Detta innebar att avdelningssköterskan visste vem som arbetade den dagen och anonymiteten hölls inte på den nivå som skribenterna hade önskat, men vi valde ändå att genomföra intervjuerna den dagen.

Att intervjuerna hölls på samma dag som informanterna blev informerade att delta kan ha påverkat resultatet med tanke på att de inte hade tid att förbereda sig. Under intervjutillfällena använde skribenterna sig av ljudupptagare, vilket kan ha haft en viss påverkan på informanternas öppenhet. I början av en del intervjuer märkte skribenterna av detta, men de anser att helhetsresultatet inte påverkades.

Valet att genomföra gruppintervjuer istället för individuella intervjuer grundar sig på skribenternas önskan att få fram en diskussion. Skribenterna ansåg att det skulle vara lättare att få en diskussion gällande forskningsämnet om informanterna kunde ta stöd av varandra. Gruppintervjun kan ha inverkan på att informanterna inte vågar uttrycka sina

egentliga åsikter. Detta är inget som skribenterna märkte av vid intervjutillfällena, men som kan ha förekommit.

Skribenterna anser trots dessa insikter om förbättring att metodvalet var ändamålsenligt för arbetet. Under arbetsprocessens gång har metodvalet ändrats ett par gånger. Både observation och en retrospektiv studie har funnits som alternativ till gruppintervjun, men efter övervägande valdes de metoderna bort av olika skäl. Slutligen konstaterade skribenterna att en gruppintervju kompletterar enkäten på ett bra sätt i denna undersökning.

13 DISKUSSION

I följande kapitel vill skribenterna reflektera över hur resultatet besvarar forskningsfrågorna samt jämföra det egna resultatet med de tidigare forskningarna. Teoretiska referensramens relevans för arbetet kommer också att diskuteras.

Som svar på den första forskningsfrågan *hurudan är utredningen och dokumenteringen av den geriatriska patientens tillstånd i nuläget?* kan skribenterna konstatera att nivån på utredningen och dokumenteringen är till ungefär hälften bra och hälften bristfällig. Det som utreds dokumenteras nog ordentligt men eftersom utredning till en viss del är bristfällig så speglar detta av sig på innehållet i dokumenteringen. Dessutom dokumenteras det lite olika bland personalen, vilket kan medföra förvirring bland kollegerna.

Från resultatet om hur personalen uppfattar utredningen och dokumenteringen av den geriatriska patienten hos sig själv samt hos resten av personalen framkom att personalen generellt upplever sitt eget utförande bättre än allmänt bland personalen. Detta skulle kunna undersökas närmare enligt samma metod som Roethler et al. (2011) gör i sin undersökning. Genom att låta personalen besvara en enkät där de utvärderar sig själva samt en annan enkät som innehåller konkreta frågor kring vården av en geriatrisk patient, skulle man få ett noggrannare svar på var eventuella brister finns i personalens kunskap kring ämnet och därmed kunna tillämpa ändamålsenlig skolning för personalen.

På forskningsfrågorna *vilka faktorer på akuten påverkar utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patientens tillstånd? och vilka faktorer hos personalen påverkar utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patientens tillstånd?* upplevde skribenterna att både vid intervjuerna och i enkäterna framhävde informanterna mera de faktorer som påverkar utredningen och dokumenteringen på akutmottagningen framom faktorerna hos personalen som påverkar utredningen och dokumenteringen.

Från de tidigare forskningarna (Rostet et al. 2012 och Mion et al. 2001) kan man konstatera allmänt att det borde finnas sjukskötare på akutmottagningen som har specialutbildning kring den geriatrika patientens bedömning och vård, även klara direktiv samt evalueringsmodeller skulle underlätta personalens arbete. Utgående från resultatet i skribenternas arbete framkom att tidsbristen är den största orsaken till att en grundlig utvärdering inte utförs. Skribenterna kan konstatera att det skulle vara ett bra framtida projekt att försöka införa tydliga direktiv om vad som skall utvärderas kring den geriatrika patienten samt införa en standardiserad utvärderingsmodell att följa för att kunna göra en tillräckligt grundlig utredning på kort tid. Detta betyder att man borde utarbeta en modell som är specifikt lämpad för akutmottagningen på Vasa centralsjukhus.

Det som dock framkom i vissa studier var att en riktigt grundläggande utvärdering av den geriatrika patienten tar tid, vilket det i rusningstid på akutmottagningen inte är möjligt att uppnå. Även att göra ett projekt där man skulle ha en specialutbildad sjukskötare som skulle göra denna evaluering samt fortbilda personalen skulle kunna bidra att utvärderingen av den geriatrika patienten blir en del av rutinerna. Detta skulle också bidra till snabbare diagnostisering samt minskande av oupptäckta problem vid utskrivning.

Gällande dokumenteringen på den undersökta enheten konstaterades att ungefär 50 % anser den vara bristfällig. I resultatet framkommer att det finns behov för mera direktiv gällande dokumenteringen så att personalen i stort sett skulle utföra dokumentationen av den geriatrika patientens tillstånd på samma sätt. Från Jensdóttirs m.fl. (2008) artikel kan man läsa om hur forskarna jämfört läkarnas och vårdarnas dokumentering i Reykjavik samt Helsingfors. Resultatet anger att båda är bristfälliga och de rekommenderar att man inför ett standardiserat elektroniskt program för vad som skall undersökas och hur det skall dokumenteras. Detta styrker resultatet som skribenterna fått fram om att noggrannare direktiv för dokumenteringen kunde lyfta dokumenteringen till god nivå.

I övrigt kan skribenterna konstatera att det undersökta området är väldigt aktuellt även internationellt med tanke på hur väl artiklarna berör ämnet som skribenterna undersöker. Den geriatriska patientgruppen ökar till antalet och resurserna på akutmottagningarna täcker inte behovet. Detta innebär att det kommer att finnas behov för förändringar i arbetsstrukturen för att kunna täcka upp de behov som uppstår och för att kunna garantera vård av hög kvalitet för den aktuella patientgruppen.

Den fjärde forskningsfrågan, *vilka områden i den geriatriska patientens livssituation beaktas mera respektive mindre gällande utredningen och dokumenteringen?* besvaras i resultatet att det område som tas mest i beaktande kring den geriatriska patienten är det fysiska tillståndet. Den samma aspekten framkommer även i den artikel Rutschman et al. (2005) skriver. I den tas upp att den geriatriska patienten upptill 51 % bedöms med för låg triage på akutmottagningarna. Det är resultatet av att det fysiska, psykiska och sociala tillståndet inte utreds som helhet.

Skribenterna kan utgående från resultatet av datainsamlingen konstatera att den valda teoretiska referensramen är relevant för arbetet. Katie Erikssons beskriver i sin vårdprocess hur grunden för vårdandet utgörs av samspelet mellan vårdaren och patienten. Vårdprocessen innehåller datainsamlingen och dataanalysen. Datainsamlingen bör vara omfattande och grundlig för att kunna få en så korrekt helhetsbild av patienten som möjligt och därmed vårda patienten ändamålsenligt. Samma slutsats har varit som grund för detta arbete, vilket framkommer även i tidigare forskning.

ADL tas upp i många artiklar i den tidigare forskningen som grund för olika utvärderingsmodeller som de integrerat på olika akutmottagningar runt om i världen. Checklistan som tagits i bruk på akutmottagning vid Vasa centralsjukhus baserar sig bland annat på ADL. Från intervju tillfällen framkom vilka faktorer personalen utreder och dokumenterar och om man jämför detta med ADL trappans delar, så kan man hitta nästan alla faktorer de räknade upp därifrån. Däremot finns det saker några delar ur ADL-trappan som inte hittas ur vårdpersonalens utredning. Nutrition och kontinens var sådana faktorer som inte automatiskt utreddes, vilket skribenterna anser vara väsentligt för helhetsbilden av patienten.

RAI är en omfattande modell för utredning av den geriatriska patienten, denna modell är inte integrerad på akutmottagningen vid Vasa centralsjukhus. Den är mera tidskrävande än ADL vilket skulle lämpa sig väl ifall det finns en sjukskötare på akutmottagningen som har till uppgift att göra dessa utredningar och utvärderingar av de geriatriska patienterna. Detta kunde vara en sak som görs på avdelningarna innan patienterna skrivs ut, eftersom patienten oftast är inskriven än en längre tid än på akutmottagningen.

14 AVSLUTNING

Avslutningsvis kan vi konstatera att arbetet har varit intressant och lärorikt. En del av resultatet stämde överens med våra hypoteser medan en stor del gav många nya insikter för både oss och beställaren.

Från resultaten kan man se att personalen på akutmottagningen gör ett bra arbete gällande utredningen och dokumenteringen av den geriatriska patientens tillstånd. Inom några områden kunde en utveckling förbättra och underlätta arbetet ytterligare. För akutmottagningens del kunde det vara bra att de såg över sina rutiner och direktiv för utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patientens tillstånd. Tydligare direktiv kunde medföra att en grundligare utredning görs på kort tid och ett mera enhetligt utförande bland personalen utvecklas. Med en grundlig utredning skulle man minska på att patienter blir utskrivna från akutmottagningen med oupptäckta problem.

Man bör förstås komma ihåg att när det är rusningstid på akutmottagningen och väntetiderna blir långa så måste vårdarna hela tiden prioritera i sitt arbete. Det betyder att allt mindre viktigt utöver vården av patienten prioriteras bort. Därför skulle det vara viktigt att samarbetet mellan akutmottagningen och avdelningarna skulle stärkas så att det som prioriteras bort på akutmottagningen kan göras på avdelningen istället om patienten blir inskriven där. För att detta skulle fungera på bästa möjliga sätt så krävs återkommande skolning och informationstillfällen för personalen på respektive enheter.

Akutmottagningen skulle även kunna överväga att göra ett projekt där det skulle anställas en vårdare som har fått special utbildning i den geriatriska patientens vård och kunde utföra grundligare utvärderingar av patientens helhetsbild. En annan åtgärd för att underlätta arbetet på akutmottagningen skulle vara att få telefonnummer till områdets alla olika hemservice och hemhjälpstjänster som är i bruk dygnet runt, alla dagar.

Skribenterna hoppas att detta arbete kommer till användning för beställaren. Detta arbete har kartlagt var det finns behov för förändring för att kunna optimera utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patientens behov. Många förslag för förändring har kommit fram från resultatet av enkätundersökningen och intervjuerna. En

del åtgärder kräver inte så stor omställning att förverkliga medan andra åtgärder kräver omändring i hela strukturen på akutmottagningen. Redan genom att förverkliga de mindre utvecklingsidéerna så optimeras verksamheten väldigt mycket.

KÄLLOR

- Arcada. God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada. Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola. [www] Tillgänglig: http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/481
Hämtad: 1.11.2012
- Basic, David; Conforti, David & Rowland, Jeffrey, 2002, *Standardised assessment of older patients by a nurse in an emergency department*, Australian Health Review, Vol 25, nr 4, s 50-58.
- Brandtberg, Ann-Katrin, 2012, biträdande avdelningsskötare på akutmottagningen, Vasa centralsjukhus.[intervju]
- Dehlin, Ove & Rundgren, Åke, 2007, *Geriatrisk*, 2:a uppl, Studentlitteratur, 415 s.
- Ekwall, Anna(red.), 2010, *Äldres hälsa och ohälsa-en introduktion till geriatrisk omvårdnad*, 1:a upplagan, Lund: Studentlitteratur, 310 s.
- Eriksson, Katie, 1992, *Broar-introduktion i vetenskaplig metod*, Åbo: Åbo akademi, 331s.
- Eriksson, Katie, 1985, *Vårdprocessen*, 3:e uppl., Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag Ab, 112 s.
- Grief, C. Lynne. 2003, Patterns of ED use and perceptions of elderly Regarding Their emergency care: A Synthesis of recent research, *Journal of Emergency Nursing*, Vol 29 nr 2, s. 122-126.
- Hansagi, Helen & Allebäck, Peter. 1994, *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård-handbok för forskning och utvecklingsarbete*, Lund: Studentlitteratur, 140 s.
- Hayes, Karen S, 2000, Challenges in emergency care: The geriatric patient, *Journal of Emergency Nursing*, Vol. 26 nr 5, s 430-435.
- Heap, Ken, 1995, *Samtal med äldre*, 1:a upplagan, Stockholm: Liber Utbildning Ab, 284 s.

Hulter Åsberg, Kerstin, 1990, *ADL-trappan*, Lund: Studentlitteratur, 143 s.

Forskningsetiska delegationen. 2009, *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag av ordnandet av etikprövning*, [www]
http://www.tenk.fi/eettinen_ennakkoarviointi/etiskaprinciper.pdf
Hämtad 9.11.2012

Interrai[www] Tillgänglig: <http://www.interrai.org/> Hämtad: 29.4.2012

Jacobsen, Dag Ingvar, 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring- introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Studentlitteratur, 316 s.

Jansson,Wallis & Almberg,Britt, 2011, *Gerontologi och geriatrik*, 1:a upplagan, Stockholm:Liber Ab, 416 s

Jensdóttir, Anna-Birna; Jónsson, Pálmi; Noro, Anja; Jonsén, Elisabeth; Ljunggren, Gunnar; Finne- Soveri, Harriet; Schroll, Marianne; Grue, Else & Björnsson, Jan. 2008, Comparison of nurses´ and physicians´ documentation of functional abilities of older patients in acute care- patient records compared with standardized assessment, *Nordic Collage of Caring Science*, Vol 22 nr 3, s. 341-347.

Laaksoharju, Päivi, 2012, hemvårds rådgivare, Vasa stad. [intervju]

Mion, C. Lorraine; Palmer, M. Robert; Anetzberger, J. Georgia & Meldon, W. Stephen. 2001, Establishing a Case-Finding and Referral System for At-Risk Older Individuals in the Emergency Department Setting: The SIGNET Model, *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol 49 nr 10, s. 1379-1386.

Niemi, Monica; Emet Eva-Maria & Exell-Paakki, Kira, 2010, *RAI-benchmarking- Verktug för ledarskap och utveckling Best Practise på folkhälsan*. [www] Hämtad: 29.8.2012. Tillgänglig: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/539AF5C4-13FA-40BC-A8D2-540BF5BA1FF2/16695/Folkh%C3%A4lsanRPR.pdf>

Noro, Anja; Finne-Soveri, Harriet; Björkgren , Magnus & Vähäkangas Pia(red.),2005, *Ikäntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Helsingfors: Stakes. 214 s.

- Patel, Runa & Davidsson, Bo, 1994, *Forskningsmetodikens grunder- Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*, 2: a upplagan, Lund: Studentlitteratur, 127 s.
- Roethler, Courtney; Adelman, Toby & Parsons, Virgil, 2011, Assessing emergency nurses' geriatric knowledge and perceptions of their geriatric care, *Journal of Emergency Nursing*, Vol. 27 nr 2, s. 132-137.
- Rosted, Elizabeth; Wagner, Lis; Hendriksen, Carsten & Poulsen, Ingrid. 2012, Geriatric nursing assessment and intervention in an emergency department: a pilot study, *International Journal of Older People Nursing*, Vol 7 nr 2, s. 141-151.
- Rutschman, Oliver T; Chevalley, Thierry; Zumwald, Chaterine; Luthy, Christophe; Vermeulen, Bernard & Sarasin, Francois P, 2005, Pittfall in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints, *Swiss medical weekly*, Vol. 135, s. 145-150.
- THL, Institutionen för hälsa och välfärd, 2011, *Statistisk årsbok om social- och hälsovården 2011*. Hämtad: 20.10.2012, Tillgänglig: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/aab19516-a923-42e9-9430-fa2564c504d0>
- SAOL, Svenska akademins ordlista, nätupplaga. Regelbundet använd.
Tillgänglig :
http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista
- Vasa centralsjukhus.[www] Hämtad: 8.11.2012. Tillgänglig:
<http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Etusivu>
- VCS Statistik, material från biträdande avdelningsskötare på akutmottagningen vid Vasa Centralsjukhus

BILAGOR

BILAGA 1. Följebrev (svenska)

Helsingfors 18.4.2012

Bästa informant

Vi är två akutmårdsstuderande från Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola i Helsingfors och beräknas bli färdiga våren 2013. Vi håller nu på med vårt examensarbete på uppdrag av Vasa centralsjukhus, akutmottagningen. Examensarbetet handlar om hur personalen på akutmottagningen utreder och dokumenterar den geriatriska patientens fysiska, psykiska och sociala tillstånd.

Syftet är att sjukhuset med hjälp av resultatet från undersökningen, skall bygga upp ett skolningsmaterial till er enhet för att vidareutveckla utredningen och dokumenteringen av den geriatriska patienten.

Ni är utvald att delta i undersökningen i och med att Ni arbetar som sjukskötare/närvårdare/primärvårdare/medikalvaktmästare på akutmottagningen. Ni är en av de personer på akutmottagningen som har den närmaste kontakten till den geriatriska patienten och kan därför bidra med betydelsefull information.

Enkäten delas ut till alla sjukskötare/närvårdare/primärvårdare/medikalvaktmästare på akutmottagningen vid Vasa centralsjukhus. Deltagande i undersökningen är frivilligt och informanten garanteras anonymitet. Svaren behandlas konfidentiellt och det är endast skribenterna och ansvariga handledaren som har tillgång till råmaterialet. Vi önskar maximalt deltagande för att få bästa möjliga resultat av undersökningen.

Vår handledare från Arcada är lektor Christel Roberts, HVM, tfn: 040 12 52 229, e-post: christel.roberts@arcada.fi.

Besvara enkäten före 30.09.2012. Returnera enkäten i medföljande kuvert och lämna det i lådan som finns vid enkäterna.

Har Ni frågor eller om något verkar oklart, tveka inte att kontakta oss. Vi svarar gärna!

Tack för Ert deltagande!

Daniela Blom
Tfn: 050 46 52 415
E-post: daniela.blom@arcada.fi

Annette Backman
Tfn: 050 49 09 063
E-post: annette.backman@arcada.fi

BILAGA 2. Följebrev (finska)

Helsinki 30.4 2012

Hyvä vastaanottaja,

Olemme kaksi ensihoito-opiskelijaa Arcadan ammattikorkeakoulusta ja valmistumme keväällä 2013. Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan toimesta kirjoitamme opinnäytetyömme geriatrisen potilaan tilan arvioimisesta. Opinnäytetyön tutkimuksen aiheena on selvittää miten geriatrisen potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen selvittäminen ja dokumentointi toimii henkilökunnan toimesta.

Tutkimuksen tarkoituksena on tuloksen mukaan, sairaalan puolesta tehdä koulutusmateriaali teidän yksikölle, jolla geriatrisen potilaan tilanteen selvittämistä ja dokumentoimista saadaan parannettua.

Teidät on pyydetty osallistumaan tutkimukseen siksi, että toimitte sairaanhoitajana/lähihoitajana/perushoitajana/ lääkintävahtimestarina päivystyspoliklinikalla. Teillä on toistuva lähikontakti geriatriseen potilaaseen päivystyspoliklinikalla, mikä tarkoittaa että tietonne ja kokemuksenne ovat arvokasta meille.

Kysely jaetaan kaikille sairaanhoitajille/ lähihoitajille/perushoitajille/ lääkintävahtimestareille päivystyspoliklinikalla. Osallistuminen on vapaaehtoista ja takaamme osallistujille anonymiteetin. Materiaalia käsittelemme luottamuksellisesti. Ainoastaan tutkijat ja heidän ohjaajat saavat lukea ja käsitellä aineistoa. Toivomme runsasta osallistumista saadaksemme aikaan luotettavan tuloksen.

Ohjaajamme Arcadasta on lehtori Christel Roberts, HVM, puh: 040 12 52 229, s-posti: christel.roberts@arcada.fi

Vastatkaa kyselyyn ennen 30.09.2012 ja laittakaa kysely mukana olevaan kirjekuoreen ja palauttakaa viereiseen laatikkoon.

Jos teillä on kysyttävää tai jokin on epäselvää, ottakaa yhteyttä meihin. Vastaamme mielellään kysymyksiin!

Kiitämme osallistumisestanne!

Daniela Blom
Puh: 050 46 52 415
S-posti: daniela.blom@arcada.fi

Annette Backman
Puh: 050 49 09 063
S-posti: annette.backman@arcada.fi

BILAGA 3. Enkät (svenska)

Enkät angående personalens utredning och dokumentering av den geriatriska patientens fysiska, psykiska och sociala tillstånd

Denna enkät är menad för vårdpersonalen på akutmottagningen. Var vänlig och fyll i denna enkät om du arbetar som sjukskötare, närvårdare, medikalvaktmästare eller primärskötare på akutmottagningen.

Begrepp:

Med **geriatrisk patient** menas en person som är 75 år fyllda och äldre och som bor hemma.

Med **Fysiska faktorer** avses kontinens, rörelseförmåga, hygien, födointag m.m.

Med **psykiska faktorer** menas minnet, tankeförmåga.

Sociala faktorer är anhöriga, relationer till familj och vänner, boende.

Med begreppet **utreda** menar vi hur personalen gör datainsamlingen angående den geriatriska patientens tillstånd. Med **dokumenteringen** vill vi betona det som skrivs ner i patientdokumenten, blanketter mm.

Yrke/utbildning: _____

Arbetserfarenhet på akutmottagningen:

- ☐ 0-4 år
- ☐ 5-9 år
- ☐ 10-14år
- ☐ 15-19år
- ☐ 20 år eller mera

1. Hur anser du att utredningen av den geriatriska patientens tillstånd fungerar på akutmottagningen? Ringa in. (1=inte alls 2=bristfälligt 3=bra 4=utmärkt)

- | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|
| a) i allmänhet | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b) hos dig själv | 1 | 2 | 3 | 4 |

2. Hur anser du att dokumenteringen av den geriatriska patientens tillstånd fungerar på akutmottagningen? Ringa in. (1=inte alls 2=bristfälligt 3=bra 4=utmärkt)

a) i allmänhet 1 2 3 4

b) hos dig själv 1 2 3 4

3. Rangordna följande faktorer enligt hur väl du beaktar dem i utredningen av den geriatriska patientens tillstånd, på en skala från 1-3.
(1= mest 3= minst)

- ☐ Fysiska
- ☐ Psykiska
- ☐ Sociala

4. Vilka faktorer på arbetsplatsen tror du bidrar till en välgjord utredning av den geriatriska patientens tillstånd. Kryssa för!

- ☐ Lugn omgivning
- ☐ Tillräckligt med tid
- ☐ Direktiv gällande utredningen
- ☐ Samarbetsvillig patient
- ☐ Annat, vilka? _____
- _____
- _____
- _____

5. Ange fyra (4) egenskaper hos dig själv som du tror bidrar till en välgjord utredning av den geriatriska patientens tillstånd.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

6. Vilka faktorer på din arbetsplats påverkar att utredningen av den geriatriska patientens tillstånd eventuellt blir bristfällig eller ogjord? Kryssa för ett eller flera alternativ.

- ☐ Tidsbrist
 - ☐ För lite personal
 - ☐ För många patienter
 - ☐ Bristfälliga direktiv
 - ☐ Bristfällig skolning
 - ☐ Kan inte säga
 - ☐ Annat, vad? _____
- _____
- _____
- _____

7. Formulera fritt vilka faktorer på arbetsplatsen som du tror bidrar till en välgjord dokumentering av den geriatriska patientens tillstånd. (utrymmen, hjälpmedel)

8. Formulera fritt vilka faktorer hos dig som du tror bidrar till en välgjord dokumentering av den geriatriska patientens tillstånd. (egenskaper, upplevelser)

9. Kryssa för hur mycket du vanligtvis tar följande faktorer i beaktande gällande utredningen av den geriatriska patientens tillstånd:

	Mycket	Lite	Inte alls
Boendesituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinhantering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risker (fall, trycksår)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundsjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediciner (antal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutritionstillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minnesfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociala relationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övriga faktorer:			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. På er arbetsplats finns en checklista för den geriatriska patienten. Använder du denna lista?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ibland
- ☐ Känner inte till den

b) Om du svarade **Nej** eller **Ibland** på föregående fråga, berätta kort varför!

11. Kryssa för hur mycket du vanligtvis tar följande faktorer i beaktande när du dokumenterar i patientens vårdjournal eller på checklistan:

	Mycket	Lite	Inte alls
Boendesituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinhantering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risker (fall, trycksår)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundsjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediciner (antal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutritionstillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minnesfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociala relationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övriga faktorer:			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Vilka olika metoder använder du dig av för att utreda patientens tillstånd om patienten inte är kapabel att ge informationen själv?

☐ Tidigare dokumentering
☐ Via den som för patienten till akutmottagningen t.ex. ambulans el. taxipersonal
☐ Anhöriga
☐ Andra, vilken/vilka? _____

13. Vad orsakar oftast att du inte dokumenterar den geriatriska patientens tillstånd utförligt i patientjournalen eller på annat ställe? Kryssa för ett eller flera alternativ!

- ☐ Tidsbrist
- ☐ Ej tagit reda på
- ☐ Oklara direktiv från arbetsplatsen
- ☐ Glömt att dokumentera
- ☐ Enligt mig inte viktigt att dokumentera
- ☐ Annat,
vad? _____

TACK FÖR DITT DELTAGANDE!

BILAGA 4. Enkät (finska)

Kysely miten henkilöstö selvittää ja dokumentoi geriatristen potilaiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilan

Tämä kysely on tarkoitettu hoitohenkilöstölle päivystyspoliklinikalla. Ole ystävällinen ja täytä kysely jos työskentelet sairaanhoitajana, lähihoitajana, lääkintävahtimestarina tai perushoitajana.

Käsitteitä:

Geriatrisella potilaalla tarkoitetaan henkilöä, joka on täyttänyt 75 vuotta ja asuu kotona.

Fyysisillä tekijöillä tarkoitetaan: pidätyskykyä, liikuntakykyä, hygieniaa, ruokailua ym.

Psyykkisillä tekijöillä tarkoitetaan: muistia, ajattelukykyä.

Sosiaalisilla tekijöillä tarkoitetaan: läheisiä, suhdetta perheeseen ja ystäviin, asuminen.

Käsitteellä **selvittää** tarkoitamme erilaisia keinoja saada selville tiedot geriatristen potilaan tilasta. Käsitteellä **dokumentoida/kirjata** haluamme korostaa sitä, mitä kirjataan potilaspapereihin, lomakkeisiin yms.

Ammatti/koulutus: _____

Työkokemus päivystyspoliklinikalla:

- ☐ 0-4 vuotta
- ☐ 5-9 vuotta
- ☐ 10-14 vuotta
- ☐ 15-19 vuotta
- ☐ 20 vuotta tai enemmän

1. Miten mielestäsi geriatristen potilaan tilan selvittäminen onnistuu päivystyspoliklinikalla? Ympäröi vastauksesi. (1=ei lainkaan 2=puutteellisesti 3=hyvin 4=erinomaisesti)

a) yleisesti 1 2 3 4

b) itseltäsi 1 2 3 4

2. Miten mielestäsi geriatrisen potilaan tilan kirjaaminen onnistuu päivystyspoliklinikalla? Ympäröi vastauksesi. (1=ei lainkaan 2=puutteellisesti 3=hyvin 4=erinomaisesti)

a) yleisesti 1 2 3 4

b) itseltäsi 1 2 3 4

3. Laita seuraavat tekijät järjestykseen sen mukaan, kuinka paljon huomioit niitä geriatrisen potilaan tilan selvittämisessä, asteikolla 1-3 (1= eniten 3=vähiten)

- ☐ Fyysiset
- ☐ Psyykkiset
- ☐ Sosiaaliset

4. Minkä tekijöiden uskot työpaikalla vaikuttavan geriatrisen potilaan tilan onnistuneeseen selvittämiseen? Rastita! (tilat, apuvälineet)

- ☐ Rauhallinen ympäristö
- ☐ Riittävä aikaa
- ☐ Toimintaohjeet tilan selvittämisestä
- ☐ Potilas yhteistyökykyinen
- ☐ Muu, mikä? _____

5. Mitkä neljä ominaisuutta itsessäsi mielestäsi vaikuttavat geriatrisen potilaan tilan onnistuneeseen selvittämiseen?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

6. Mitkä tekijät työpaikallasi vaikuttavat siihen, että selvittelystä tulee puutteellinen tai että se jää kokonaan tekemättä? Rastita yksi tai useampi vaihtoehto.

- ☐ Ajanpuute
- ☐ Liian vähän henkilökuntaa
- ☐ Iso potilasmäärää
- ☐ Riittämättömät toimintaohjeet
- ☐ Riittämätön koulutus
- ☐ En osaa sanoa
- ☐ Muu tekijä, mikä? _____

7. Kerro/muotoile vapaasti minkä tekijöiden uskot työpaikalla vaikuttavan positiivisesti geriatrisen potilaan tilan onnistuneeseen dokumentointiin/kirjaamiseen. (tilat, apuvälineet)

8. Kerro/muotoile vapaasti minkä tekijöiden uskot itsessäsi vaikuttavan positiivisesti geriatrisen potilaan tilan onnistuneeseen dokumentointiin/kirjaamiseen. (ominaisuudet, kokemukset)

9. Arvioi rastittamalla miten yleensä huomioit seuraavat seikat geriatrisen potilaan tilan selvittämisessä:

	Paljon	Vähän	En lainkaan
Asumistilanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkkeidenkäsittely	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apuvälineet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riskit (kaatumiset ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pidätyskyky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perussairaudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkkeet (lukumäärä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ravitsemustila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muistintoiminta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaaliset suhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muut tekijät:			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Työpaikallanne on muistilista geriatrista potilasta varten. Käytätkö tätä listaa?

- ☐ Kyllä
- ☐ En
- ☐ Joskus
- ☐ En ole tietoinen listasta

Jos vastasit edelliseen kysymykseen **En** tai **Joskus**, kerro lyhyesti miksi!

11. Kerro rastittamalla, miten tavallisesti huomioit seuraavat seikat kirjatessasi potilaasta hoitokansioon tai tarkistuslistaan:

	Paljon	Vähän	En lainkaan
Asumistilanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkkeidenkäsittely	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apuvälineet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riskit (kaatumiset ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pidätyskyky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perussairaudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkkeet (lukumäärä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ravitsemustila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muistintoiminta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaaliset suhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muut tekijät:			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Mitä keinoja käytät selvittääksesi potilaan tilan jos potilas itse ei pysty siitä kertomaan?

- ☐ Aikaisempia tekstejä
- ☐ Potilaan saattajia, esim. ambulanssin tai taksin henkilökuntaa
- ☐ Omaisia
- ☐ Muita, mitkä? _____
- _____
- _____
- _____
- _____

13. Mitkä seuraavista asioista useimmiten vaikuttavat siihen, ettet tee täydellistä kirjausta geriatrisen potilaan tilasta potilaspapereihin tai muualle? Rastita yksi tai useampi vaihtoehto.

- ☐ Ajanpuute
 - ☐ En ottanut tietoa selväksi
 - ☐ Epäselvät ohjeet työpaikasta
 - ☐ Unohtanut dokumentoida
 - ☐ Kirjaaminen ei ole mielestäni tärkeää
 - ☐ Muita, mitkä? _____
- _____
- _____
- _____

KIITOS OSALLISTUMISESTASI!

BILAGA 5. Intervjuguide

Frågor samt uppstrukturering för intervjun till examensarbete på VCS akutmottagning.

1. Hur mycket reder du ut kring den geriatriska patienten utöver ankomstorsaken? Ex. Boendesituation, grundsjukdomar, medicinering, hemförhållanden, hemhjälp, kontinensen, matlagning, handling etc.
2. Är det skillnad på hur grundlig utredning du gör beroende om patienten far till avdelningen eller hem?
3. Om patienten åker hem vad tar du reda på innan den skickas hem? Ex. Tar någon emot patienten där hemma
4. Av allt detta vi just diskuterat, vad dokumenterar du och hur?
5. Checklistan (visa den)
 - känner ni till den?
 - har ni använt era av den?
 - Hur ofta har du använt den av den? (Vid varje patient, eller randomly)
 - Vad tycker du om den?
 - Är den ett stöd för utredningen och dokumenteringen

Om dom inte sett/känner till den.

→ låt dom kika på den å läsa igenom den

 - Vad tycker du om den?
 - skulle den vara ett stöd för utredningen och dokumenteringen?
6. Vilka faktorer på akuten samt hos dej själv tror du påverkar hur utredningen och dokumenteringen görs kring den geriatriska patienten? (mycke patienter, om det finns mera tid)
7. Vad kunde göras för att förbättra utredningen och dokumenteringen kring den geriatriska patienten? (checklist; pappersversion eller elektrisk version)

BILAGA 6. Följebrev till intervju(svenska)

Helsingfors 30.4.2012

Bästa personal på akutmottagningen vid Vasa centralsjukhus

Vi är två akutvårdsstuderande från Arcada- Nylands Svenska Yrkeshögskola. Vi skriver nu vårt examensarbete och skall kartlägga hur personalen på akutmottagningen utreder och dokumenterar den geriatriska patientens fysiska, psykiska och sociala tillstånd.

Vi har tidigare sänt ut en enkät till Er avdelning gällande samma tema. Vi kommer att komplettera enkäten med intervjuer för att få ett mer omfattande perspektiv av personalens uppfattningar om temat.

Vi önskar nu att åtta (8) personer ur vårdpersonalen kunde ställa upp som informanter. Fyra (4) intervjuer kommer att genomföras med två (2) informanter per gång. Varje intervju kommer att ta ungefär en timme och de hålls om möjligt på arbetstid. Beräknad tidpunkt för intervjutillfället kommer att vara vecka 40 (1-5.10.2012). Närmare information delges till de som kommer att delta i intervjun.

De som ställer upp som informanter kommer att vara anonyma från skribenternas sida, endast de som deltar vid samma intervjutillfälle kommer att veta om de andras identiteter. Endast skribenterna och deras handledare får tillgång till råmaterialet. Resultatet i sin helhet presenteras på akutmottagningen när examensarbetet är färdigt.

Vår handledare från Arcada är lektor Christel Roberts, HVM, tfn : 040 12 52 229, e-post: christel.roberts@arcada.fi

Vi hoppas Ni ställer upp som informant eftersom Ni skulle vara till stor hjälp för både oss och er arbetsplats med tanke på den kunskap Ni har. Om Ni är intresserad av att ställa upp i intervjun ta kontakt rakt till oss per e-mail eller telefon senast 25.9.2012 kl. 16:00.

Tack på förhand!

Daniela Blom

Tfn: 050 46 52 415

E-post: daniela.blom@arcada.fi

Annette Backman

Tfn: 050 49 09 063

E-post: annette.backman@arcada.fi

BILAGA 7. Följebrev till intervjun (finska)

Helsinki 30.4.2012

Arvoisa Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan henkilökunta

Olemme kaksi ensihoitajaopiskelijaa Arcadan ammattikorkeakoulusta. Teemme nyt opinnäytetyötämme ja kartoitamme miten päivystyspoliklinikan henkilökunta selvittää ja dokumentoi geriatrisen potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilan.

Olemme aikaisemmin lähettäneet kyselyn osastollenne koskien samaa teemaa. Pystyäksemme selvittämään henkilökunnan käsitystä aiheesta laajemmin, tulemme täydentämään kyselyä haastatteluilla.

Toivomme saavamme kahdeksan (8) henkilöä hoitohenkilökunnasta osallistumaan haastatteluihin. Tulemme pitämään neljä (4) haastattelutilaisuutta, joihin osallistuu kaksi (2) henkilöä kerrallaan. Haastattelu tulee kestämään noin tunnin kerrallaan ja pidetään työaikana jos vain mahdollista. Arvioitu ajankohta haastattelutilaisuuksille on viikko 40 (1-5.10.2012). Osallistujat tulevat saamaan tarkempaa tietoa haastattelusta.

Haastatteluihin osallistuvat pysyvät nimettöminä kirjoittajien puolesta. Ainoastaan ne henkilöt, jotka osallistuvat samaan haastatteluun, tietävät toistensa henkilöllisyyden. Materiaali on ainoastaan kirjoittajien sekä heidän ohjaajansa käytettävissä. Opinnäytetyön tulokset esitetään kokonaisuudessaan päivystyspoliklinikalla kun opinnäytetyö on valmis.

Ohjaajamme Arcadasta on lehtori Christel Roberts, HVM, puh: 040 12 52 229, s-posti: christel.roberts (a)arcada.fi

Toivomme, että osallistutte haastattelutilaisuuteen. Olisitte suureksi avuksi sekä meille että työpaikalle jakaessanne tietonne kanssamme.

Jos olette kiinnostunut osallistumaan haastatteluun, ota meihin suoraan yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse viimeistään 25.9. klo 16:00.

Kiitos etukäteen!

Daniela Blom
Puh: 050 46 52 415
S-posti: daniela.blom@arcada.fi

Annette Backman
Puh: 050 49 09 063
S-posti: annette.backman@arcada.fi

BILAGA 8. MDS – MINIMUM DATA SETTING

MDS

Förkortat och förenklad version av MDS-formulär. Översatt från finska. (Noro et al. 2000 s.194-209)

<i>Överkategori</i>	<i>Underkategori</i>
Utvärderingens grunduppgifter	Orsaken till utvärderingen Utskrivningssituation Ansvarsförhållanden Andra ordinationer
Kognitiv förmåga	Medvetslöshet Minne Minnesförmåga Kognitiva funktionsområden som hör till dagliga beslut Tidvis råddighet/ fragmenterade tankar/ tecken på nedsatt vaksamhet Förändringar i kognitiva tillståndet
Kommunikation/ Hörsel	Hörsel Kommunikationshjälpmedel/teknik Sätt att uttrycka sig på Bli förstådd Talets klarhet Förmåga att förstå andra Förändringar i kommunikationen/hörseln
Syn	Synförmåga Svårigheter/ begränsningar gällande synen Hjälpmedel för synen
Sinnesstämning & Beteende	Tecken på depression, ångest eller ledsamhet Förändring i sinnesstämningen Symtom kopplat till beteendet Förändringar i symtom som kopplas till beteendet

Psykosocialt välmående	Initiativ och deltagande Ostabila människoförhållanden Tidigare roller
Fysisk funktionsförmåga & problem i uppbyggnaden	Balanstest Funktionella rörelsebegränsningar Hjälpmedel vid rörelser Hjälpmedel vid förflyttning Dagliga fysiska funktioner kopplat till rehabilitering Förändringar i dagliga funktioner
Kontinens de senaste 14 dygna	Avförings och urinkontinens Tarmens funktion Hjälpmedel och program Förändringar i urinkontinensen
Diagnoser	Sjukdomar Infektioner Andra aktuella eller viktiga diagnoser och ICD koder
Hälsotillstånd	Problem gällande hälsotillståndet Smärta Smärtans placering Olyckor Hälsotillståndets stabilitet
Munhälsa/ näringstillstånd	Munproblem Längd och vikt Förändring i vikten Näringsproblem Näringssätt(i.v, po.mm) Intrevenös/ slang näring
Munhälsa/ tänder	Munhälsa och förebyggande av sjukdomar
Hudens tillstånd	Sår Sårtyp Anamnes på läkta sår Andra hudproblem eller lesioner Hudvård

	Fotproblem och vård
Aktivitet och intressen	Vakenhetstid Medeltal av deltagande i aktiviteter Önskad aktivitetsmiljö Favorit intressen Önskan om förändring i dagliga rutiner
Medicinering	Läkemedlens antal Nya läkemedel Injektioner
Specialbehandlingar	Specialvård, funktioner och program Påverkan på sinnesstämningen, beteendet och kognitionen Rehabilitering och uppehållande av vård givet av vårdaren Hjälpmiddel som begränsar rörelsen Vårdperioder på sjukhus Dejourpoliklinikbesök Läkarbesök Läkarordinationer Avvikande laboratoriesvar
Allmäntillstånd & utskrivningsmöjlighet	Utskrivningsmöjligheter Allmän ändring i vårdbehovet
Uppgifter om bedömningen	Medverkande i utvärderingen

BILAGA 9. Geriatriska checklistan

CHECKLISTA FÖR GERIATRISK PATIENT

___ / ___ / ___

namn och födelseid	
ankomstorsak	
andra faktorer som har påverkat patientens ankomst till akuten (klarar sig inte hemma...)	
Följeslagare	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Vem: följeslagarens telefonnummer:	
Följeslagarens syn på ankomstorsak:	
Hurudan hjälp har patienten hemma:	
Vem sköter patientens mediciner?	
Själv	<input type="checkbox"/> anhörig <input type="checkbox"/> annan <input type="checkbox"/> Vem: _____
Använder patienten hjälpmedel:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Vilka:	
fallrisk: liggsår, blåmärken eller andra förändringar i huden	
Använder patienten blöja:	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Grundsjukdomar: minnessjukdomar, depression, diabetes (diet, tabl, insulin), I hjärt-och kärlsjukdomar, andningssjukdomar, neurologiska sjukdomar AK-medicinering, missbruk (alkohol, tabl, annat)	
Mediciner	
Lista	ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <5 <input type="checkbox"/> >5 <input type="checkbox"/>
Kontrollerad	ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Allergier:	Längd _____
Nutritionstillstånd (vid behov använd MNA)	
Finns: DNR-beslut, vårdtestamente, önskemål om vård:	
Fortsatt vård :	

BILAGA 10. Forskningstillstånd från VCS



Ansökning om tillstånd för lärdomsprov 1(3)

6 / 5 2012
Datum för när ansökningen ifyllts

Handläggningen av ansökningen har beskrivits i följande administrativa anvisning: Vasa sjukvårdsdistrikts anvisning angående yrkeshögskolornas lärdomsprov som utförs i Vasa sjukvårdsdistrikt. Ansökningen ska även förses med forskningsplanen, de blanketter som kommer att användas vid materialinsamling och fölgebrevet (vid en empirisk undersökning) eller arbetsplanen (vid ett praktiskt lärdomsprov).

Studerande Daniela Blom Romgatan 5 A17, 00550 Helsingfors Tfn: 050 46 52 415 Daniela.blom@arcada.fi	 Annette Backman Rörstrandsgatan 3 D 118, 00560, Helsingfors Tfn: 050 49 09 063 Annette.backman@arcada.fi
Studieplats <input type="checkbox"/> NOVIA <input type="checkbox"/> VAMK <input checked="" type="checkbox"/> annan yrkeshögskola ARCADA Utbildningsprogram: Akutvård Första vårdare(YH)/Sjukskötare(YH)	

Lärdomsprov

Rubrik:

Kartläggning av hur personalen på akutmottagningen utreder och dokumenterar den geriatriska patientens fysiska, psykiska och sociala tillstånd.

Syfte:

Kartlägga hur personalen på akutmottagningen utreder och dokumenterar den geriatriska patientens fysiska-, psykiska- och sociala tillstånd .

Genom att kartlägga det strävar vi till att få fram personalens styrkor och eventuella svagheter som kan finnas hos dem gällande deras utredning och dokumentering av den geriatriska patientens förmåga att klara av all dagliga rutiner hemma.

Övergripande syfte är att arbetsplatsen, med hjälp av vårt resultat, kan hålla ändamålsenliga skolningar för att utveckla personalens utredning och dokumentering av den geriatriska patientens nuvarande livssituation. Arbetsplatsen har utformat en blankett för personalen att fylla i, gällande hur den geriatriska patienten klarar sin vardag. Blanketten har dock inte använts i den grad man hoppats på, så arbetsplatsen skulle med hjälp av vårt arbete kunna integrera den på ett mer effektivt sätt i den dagliga rutinen.

Undersökningen till examensarbetet kommer att ske via enkätundersökning och gruppintervju. Enkäten planeras att skickas ut till akutmottagningen under sommaren. Gruppintervjun genomförs under början av hösten.

Informanterna kommer att vara vårdpersonalen(sjukskötare, närvårdare, medikalvaktmästare, primärsköterska) på akutmottagningen. Enkäten kommer att skickas ut till ca 60 personer, till intervjun önskas att 9 personer ur personalen deltar.

Enkäten skickas ut till all ordinarie vårdpersonal på akutmottagningen, men deltagandet i den är frivilligt. För att hitta informanter till intervjun kommer vi att sända ut ett brev som efterlyser deltagare. Anmälan till intervjun kommer att ske direkt till oss, så att anonymiteten bland deltagarna hålls så bra som möjligt. Analysen av enkäten sker med hjälp av SPSS analysmetod. Intervjun kommer att analyseras manuellt enligt av skribenterna skrivna kriterier.

Examensarbetet beräknas vara färdigt under vintern 2012-2013. Resultatet kommer att redovisas för den beställande enheten.

Handledare för lärdomsprov

Lektor Christel Roberts, HVM.
Christel.roberts@arcada.fi

☐ gemensamt överenskommit med den studerande och handledaren
/ 20

Namn

Telefonnummer, e-postadress

☐ gemensamt överenskommit med den studerande och handledaren
/ 20

Kontaktperson på Vasa centralsjukhus

Namn: Ann-Katrin Brandtberg

Enhet: Akutmottagningen

E-postadress: ann-katrin.brandtberg@vshp.fi

Beslut

☒ Tillstånd för lärdomsprovet beviljas enligt anhållan

☐ Tillstånd för lärdomsprovet beviljas inte

☐ Ansökan för godkännande av lärdomsprov kräver:

☒ Vasa centralsjukhus namn får användas i lärdomsprovet

☐ Vasa centralsjukhus namn får inte användas i lärdomsprovet

Överskötaren vid Operativa klinkgruppen

Beslutsfattare § 44/2012

14 / 8 2012

Datum



Marjo-Riitta Himanen, Överskötare, Operativa klinikgruppen

Underskrift och tjänsteställning

Marjo-Riitta Himanen

Förtydligande av namnet

BILAGA 11. Arbetsfördelning av arbetet

KAPITEL	SKRIBENT	KAPITEL	SKRIBENT	ÖVRIGT	
1	Daniela	8	Annette	Abstrakt	Annette&Daniela
2	Annette	9	Annette & Daniela	Enkät	Annette&Daniela
3	Annette & Daniela	9.1	Daniela	Intervjuguide	Annette&Daniela
4	Daniela	9.2	Annette	Följebrev	Annette&Daniela
5	Annette	9.2.1	Annette		
6	Annette & Daniela	9.2.2	Annette		
6.1	Annette	10	Annette		
6.1.1	Annette	10.1	Daniela		
6.2	Daniela	10.2	Annette		
6.2.1	Daniela	10.3	Annette & Daniela		
6.3	Daniela	11	Annette&Daniela		
6.3.1	Daniela	12	Annette&Daniela		
6.3.2	Daniela	13	Annette&Daniela		
7	Daniela	14	Annette&Daniela		

